Tome II. — N° 2 Juillet 1954

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LES IDÉES DÉLIRANTES A THÈME DE PROTECTION

PAR

R. LAFON et H. MAUREL

Les idées délirantes à thème de protection sont très anciennement connues. Signalées pour la première fois par Esquirol, puis par Calmeil, Baillarger, Morel, Legrand du Saulle, Foville, J. Falret, elles furent décrites par Séglas sous le nom *d'idées de défense*. Magnan les intégra à la description de son délire chronique, Carpentier leur consacra sa thèse. Mais, depuis la fin du XIX[e] siècle, il semble que ce thème délirant, pourtant classique, soit peu à peu tombé dans l'oubli. Non seulement il n'a plus jamais fait l'objet d'une étude spéciale, mais encore il a été négligé au point que rares sont devenus les cliniciens qui, de nos jours, le recherchent. Il suffit, pour s'en persuader, de parcourir les observations de délire de persécution qui ont été publiées dans le cours des vingt dernières années : le thème de protection n'y apparaît presque jamais. Sa fréquence est pourtant indéniable : dans plus de la moitié des délires on le trouve, patent, et plus souvent encore ébauché ; et son domaine, loin de se limiter aux seuls délires systématisés de persécution, s'étend aux

délires paranoïdes, aux délires démentiels, aux psychoses délirantes aiguës. Le désintérêt que manifeste à son égard la psychiatrie contemporaine nous semble donc injustifié. Direction privilégiée de la pensée délirante, un thème aussi répandu ne peut nous laisser indifférents. Nous n'avons pas le droit d'en méconnaître l'importance clinique, ni de négliger les lumières qu'il peut nous apporter sur le problème si obscur de la psychopathologie des délires. C'est pourquoi nous nous sommes permis d'en reprendre l'étude.

Nous devons, dès l'abord, préciser que nous éliminons du cadre de ce travail les « idées de défense active » de Séglas, non point idées délirantes, mais *conduites* particulières auxquelles certains malades attribuent un pouvoir de préservation ; et détachons, par ailleurs, le problème des idées de défense de celui, plus général, de l'antagonisme des idées délirantes, auquel il a été de tout temps injustement réduit. Le thème de protection, il est vrai, est associé, dans la plupart des cas, à celui de persécution. Mais l'existence, attestée par Sérieux et ses élèves, de purs *délires de protection*, où nul antagonisme ne peut être décelé, montre que ce thème délirant n'est pas aussi strictement lié à celui de persécution que ne le pensaient les classiques. Irréductible et singulier, son contenu mérite un examen spécial.

I. Aspects séméiologiques

L'une des caractéristiques les plus frappantes du thème de protection est son polymorphisme. D'un cas à l'autre, il est capable de s'exprimer d'une façon si différente qu'il apparaît nécessaire, en dehors de tout esprit d'analyse atomistique, de le subdiviser. Ce ne sont point seulement son contenu ou sa forme qui varient, mais surtout son degré d'intégration à la personnalité et sa charge affective.

1° Formes dégradées antagonistes

a) Tout en bas de l'échelle, au niveau où le protecteur imaginaire n'est qu'un simple interlocuteur dans une conversation oiseuse, se situe ce que nous pourrions appeler, reprenant une expression de Sérieux et Capgras, *le délire de controverse*. L'expression de ce trouble est toujours hallucinatoire. Le malade assiste dans ces cas, passivement, à une argumentation fasti-

dieuse portant le plus souvent sur des sujets indifférents : bavardage stérile, vulgaire dialectique du oui et du non, oscillation hallucinatoire entre les deux pôles positif et négatif de toute idée, ils sont trop élémentaires pour s'ordonner et s'organiser en thèmes. Ces phénomènes, analogues à ceux que décrivait Morel sous le nom de « phénomène de la double voix », sont les seuls auxquels s'applique exactement le mot d'antagonisme. Proches de l'athématisme, ils sont antagonistes et ne sont que cela. On les rencontre rarement à l'état pur.

b) *Le manichéisme délirant* consiste dans la division du monde en deux fractions qui s'opposent en une guerre à laquelle le délirant, bien qu'il en soit l'objet, assiste sans y participer. Cette attitude d'éloignement et de détachement, qui transforme le malade en spectateur de son délire, manifeste nécessairement un certain degré d'indifférence. Le manichéisme est la forme achevée, intellectualisée, d'un délire que ne sous-tendent plus des états affectifs violents. On le constate généralement chez des sujets qui présentent la demi-indifférence spéciale que l'on décrit habituellement comme caractéristique des démences vésaniques et des « états terminaux » des psychoses délirantes chroniques. C'est dire que ce trouble ne se rencontre guère, dans le délire systématisé hallucinatoire, avant de nombreuses années d'évolution. A notre connaissance, le délire d'interprétation, type Sérieux et Capgras, ne détériore jamais suffisamment la personnalité pour aboutir au stade manichéiste. Dans les délires paranoïdes, au contraire, on peut le rencontrer précocement ; mais souvent alors au milieu d'un délire polymorphe qui en altère la pureté. De sorte que le terrain d'élection du manichéisme délirant est la psychose hallucinatoire chronique.

2. Les thèmes de consolation

Suscitant chez le malade un intérêt plus étroit, et riches de résonance affective, *les idées consolantes* s'intègrent mieux à la personnalité. Ici, la protection reçue n'est guère active, mais elle est surtout verbale et hallucinatoire, et vise moins *à défendre* le délirant qu'à le réconforter par de bonnes paroles.

a) Une première variété, *le thème de hautes relations*, ne se rencontre guère que dans les délires mégalomaniaques ou les délires de persécution en voie de transformation, au moment de la « réaction euphorique » de Dide et Guiraud. A son niveau, ce

n'est point tant la protection qui importe que la haute qualité du protecteur dont le malade s'enorgueillit et qu'il cite comme un témoignage de sa propre valeur.

Observation 1. — Louise V.., fut internée en 1937, à l'âge de 52 ans, pour un « syndrome délirant hallucinatoire de persécution ». La maladie remontait déjà à plusieurs années et semblait avoir débuté par un état dépressif. Des néologismes sont notés dès l'entrée. Pendant plus de 15 ans, la psychose paraît s'être fixée au stade de délire systématisé de persécution. A partir de 1952, une évolution s'est produite : le délire de persécution persiste, mais la systématisation paraît en voie d'effritement, et l'on peut mettre en évidence des idées de grandeur et de consolation.

La malade est en butte aux méchants procédés d'un « mauvais homme de Béziers » qui « *l'électrocute* », lui envoie des « *pressurations* sur le côté ». C'est un homme de mauvaise qualité qui va foudroyer les gens des campagnes. De plus, des malfaiteurs et des mendiants lui envoient de mauvaises odeurs par les fils aériens. On écoute ce qu'elle pense, et des voix l'injurient grossièrement. Mais la police la protège, beaucoup de gens très gentils lui rendent visite par le fil aérien. Le « téléphone » ou le « direct » la mettent en communication avec « M. le lieutenant des artilleurs », avec « son » député, « son » général, pour défendre ses droits. M. Millerand la protège : « Nous avons, dit-elle, de bonnes relations de causerie avec ces messieurs, ce sont des messieurs d'Etat. »

Certains fragments du délire sont d'une absurdité révélatrice : « Je suis la fille du Roi de France. » « Je suis née de M. Louis Fabre, Roi de France. C'est pourquoi, je cause tant avec ces messieurs d'Etat. » L'intelligence est affaiblie et l'orientation dans le temps défectueuse.

b) Très proches également des idées de grandeur, sont les *idées de flatterie*, à la faveur desquelles le malade s'entend complimenter, saluer de noms et de titres illustres, par des consolateurs zélés. S'il accueille aisément des éloges discrets, le sujet, quelquefois, tout au moins au début, refuse d'ajouter foi à certaines flatteries qu'il déclare excessives et dont il est encore capable, en une dernière confrontation lucide avec le réel, de mesurer l'invraisemblance.

Observation 2. — Françoise R..., âgée de 70 ans, a été internée en 1938 pour un état dépressif, avec idées d'indignité, de crainte, appoint interprétatif et hallucinatoire. Actuellement, elle présente un délire systématisé de persécution, hallucinatoire et interprétatif, avec une ébauche de système mégalomaniaque imaginatif, au seuil duquel,

Françoise paraît hésiter, ne lui accordant encore qu'une conviction chancelante.

Avant son entrée, ses voisins l'insultaient grossièrement et faisaient au-dessous d'elle un vacarme infernal, pour la chasser de son appartement. Depuis longtemps, elle reçoit d'une cousine, par voie hallucinatoire, de précieuses informations. « Il y a eu, paraît-il, dans mon village, une découverte de valeurs très anciennes, datant de millénaires. Le monsieur du château devait en avoir hérité et il devait y avoir la part des anciens du village. Et comme ma famille est très ancienne, c'est pour cela qu'on m'a tenue ici et qu'on cherche sans doute à faire disparaître mes enfants. C'est incalculable ce qu'on nous en veut, à ma fille et à moi. »

« *Une voix m'a dit que l'on voulait me marier avec les plus grands de la terre, que j'étais apparentée à toutes les cours de France et de l'étranger. On me disait ça* (rit). *C'était pour se moquer de moi sans doute ? Je me demande par quel lien j'aurais cette parenté. Mes parents étaient cultivateurs.* »

N'osant encore assumer personnellement ses idées de grandeur, le délirant les projette au dehors, les objective sous forme de révélations flatteuses, et, placé de la sorte au bord de la mégalomanie, qui se présente à lui comme une tentation, après quelques sursauts, finit toujours par succomber. L'on reconnaît ici l'un des trois modes classiques d'apparition du délire ambitieux au cours de la psychose systématisée progressive : le mode hallucinatoire.

Les deux variétés que nous venons de décrire sont de nature véritablement expansive, et leur autonomie, par rapport au thème mégalomaniaque, paraît discutable. Elles jaillissent sur un terrain franchement euphorique et constituent des variétés atypiques du thème de protection.

c) Mais, plus souvent, les idées consolantes sont des *idées de commisération*. Les protecteurs n'agissent point : spectateurs compatissants du drame qui se déroule, ils bornent leur intervention à des condoléances ; leur ardeur se consume en paroles. Le protégé, bafoué, insulté par les persécuteurs, conserve du moins l'estime de quelques-uns qui l'admirent, le plaignent, l'exhortent à la patience, dénoncent la calomnie et l'injustice. Mais leur activité demeure platonique. Ils sont souvent nombreux, mal individualisés, anonymes (de « bonnes voix », disent les malades). Rarement le sujet leur attribue une puissance surnaturelle ; ils sont, pour lui, des voisins, des amis, des égaux.

Observation 3. — Fernande G... (59 ans), est une persécutée hypochondriaque dont l'internement remonte à 1936. A l'examen, elle présente un vaste délire hallucinatoire de systématisation imparfaite. Les « artistes » lui « esquintent » le cœur par la télévision et la radio. On fait « rayon » sur elle ; on la *turlupine* « à travers la transparence des murailles ». La malade porte habituellement sur son nez un bandeau destiné à la protéger des odeurs infectes qu'on lui envoie. Elle soliloque tout le jour, invectivant des interlocuteurs imaginaires. Interrogée sur d'éventuels protecteurs, elle répond : « Oui, il y en a qui tiennent pour moi, il y en a qui me comprennent, ils me parlent, me conseillent, disent qu'on ne devrait pas m'esquinter ni me ronger les mains. »

Les idées de commisération reposent sur un fond affectif le plus souvent complexe et ambigu. On ne retrouve pas toujours d'euphorie sous-jacente ; souvent même, les hallucinations consolantes prennent pour le sujet une tonalité pénible, « un véritable concert de sympathie qui finit par bien la fatiguer », écrit Minkowski à propos d'une de ses malades.

d) D'autres fois les encouragements, provenant de protecteurs plus puissants, engagent l'avenir et l'illuminent de promesses. Ils nourrissent ainsi chez le sujet *un optimisme délirant*. Le persécuté, de ses consolateurs, reçoit des prédictions de liberté, de puissance, de richesse ; Chaslin cite le cas d'un malade à qui l'on promet magnifiquement : « Je te soutiendrai jusqu'au soleil. »

Observation 4. — Henriette S..., au milieu d'un très riche délire à forme de paraphrénie fantastique, expose, en un langage un peu ésotérique, des thèmes optimistes : « On m'annonce enfin ou le service ouvert pour 5 heures et je l'accepte, ou la porte demain, avec mon mari, et à défaut, droits de femme. On me rendra mes signes divins et matériels, ma merveille organique, mes millions d'Hollywood et corne d'abondance, Marquise de Carabas. »

Le contenu de ces promesses étant toujours, au fond, substitut ou symbole du paradis, il s'enveloppe, en général, de la tonalité poétique des constructions imaginatives ; dans le futur, l'imaginaire s'épanouit librement. Mais le paradis attendu se dérobe, et le sujet n'est pas heureux. Inquiet, préoccupé, tourmenté de l'impatient désir du lendemain, l'optimiste reste persécuté.

Nous devons distinguer de ces cas les idées de protection active, où le consolateur devient *bienfaiteur*, où véritablement il agit et protège.

3. Le thème de protection active

L'intervention directe et effective du protecteur peut se manifester sous des formes diverses.

a) L'on peut d'abord décrire *des idées d'information, d'inspiration, de direction,* par lesquelles les délirants reçoivent des dons de clairvoyance, devinent les intentions de leurs persécuteurs et reçoivent, pour les déjouer, de précieux conseils. Ces thèmes, que l'on observe notamment au cours de délires paranoïdes, de délires épileptiques, de bouffées délirantes polymorphes, de manies atypiques, revêtent fréquemment une tonalité d'influence et s'expriment volontiers sur un mode pseudo-hallucinatoire.

b) *Les idées de protection proprement dites* sont vraiment des idées de défense. Ici, le protecteur participe au combat. Il harcèle les persécuteurs, entoure le sujet d'invisibles cuirasses, neutralise les poisons, déjoue les pièges meurtriers, désarme les radars, les radios, les téléphones, protège la sexualité contre les attentats trop fréquents. Ainsi s'établit une lutte aux péripéties multiples qui, dans la règle, ne se termine jamais.

Observation 5. — Antoine S... (59 ans), est atteint, depuis une quinzaine d'années de délire de persécution hallucinatoire. Il a été, au début de sa maladie, un persécuté migrateur. Pour échapper aux voix qui le poursuivaient, il a quitté Oran pour Marseille, Marseille pour Thionville ; de Thionville, il est revenu à Oran, d'Oran, dans une dernière tentative, il est allé s'enfouir au fond du désert, à Ouargla. En 1945, il désigne ouvertement ses persécuteurs, et émet des menaces de meurtre à leur égard ; on l'interne à Blida, d'où il est transféré à Font-d'Aurelle en 1949. A cette époque, on ne signale pas d'idées de défense.

Actuellement le malade présente un délire systématisé où s'intriquent idées de persécution et de défense. Depuis 16 ans, deux individus le poursuivent, dont l'un, Cheddou, est sans travail, et l'autre, Saint-Cricq, exerce, lui a-t-on dit, le métier de souteneur. Depuis 1950, un troisième persécuteur s'est joint à eux. Il s'agit de M. Maninq, infirmier à Font-d'Aurelle. Nuit et jour, ils sont à son oreille gauche et lui réclament chacun à lui, modeste employé, une rançon de 20.000 fr. Ils ne lui disent pas d'injures, ni de grossièretés, mais ils sont perpétuellement dans sa pensée, de sorte qu'il ne peut rien gar-

der secret. Ils ont vidé son corps qui n'est plus que du vent. Il n'y a plus une goutte de sang dans ses veines. Il lui manque un morceau de cerveau. M. Maninq l'a tellement excité la nuit que ses parties génitales sont devenues très petites et qu'il n'est plus « porté aux femmes ».

Ces persécuteurs agissent par une « volonté ». Cette volonté est un souffle qui pénètre par l'oreille gauche, grâce à un canal qui s'est creusé derrière le front d'Antoine. Ceux qui ont la « volonté » ont le pouvoir de parler, de tuer, de « voir ce qui se passe dans les éléments ». Heureusement plusieurs, doués eux aussi de la volonté, combattent pour lui. Ils sont nombreux. Ils évitent de parler, mais quand leur volonté rencontre celle des autres, au moment du choc, ils disent « tue Cheddou », ou « tue Maninq », ou « tue Saint-Cricq ». Leur volonté est moins forte que celle des autres, car la mauvaise volonté est comme un granulé qui se met dans les veines et là, on ne peut l'atteindre, sous peine de briser la veine. Sinon, ils auraient vaincu depuis longtemps. Au moment où l'on dit « tue Maninq », les deux volontés se rencontrent et aussitôt Antoine voit confusément la figure de Maninq incommodée et plus rouge qu'à l'ordinaire.

Tous ceux qui ont la volonté savent ce qui se passe dans sa pensée. Des artistes de cinéma sont venus qui ont tourné un film sur lui. On énonce ses actes. Quand on lui « tue » le nez, il sent une odeur de brûlé.

On ne peut mettre en évidence d'hallucinations psychomotrices ni d'idées de grandeur.

Antoine a traversé, pendant son séjour à Font-d'Aurelle, de nombreuses périodes d'anxiété. Il inondait de lettres le médecin-chef et demandait à sa famille de lui procurer un avocat, afin qu'il puisse être confronté avec ses adversaires. Actuellement, il est plus calme et exprime l'espoir que tout sera terminé bientôt, car la volonté de ses ennemis diminue d'intensité. Elle a, dit-il, moins de puissance et il leur faut beaucoup de ténacité pour l'atteindre. Fait curieux et, pour nous, particulièrement intéressant, ce qui le gêne le plus, ce qui l'empêche de dormir, ce sont les « tue Cheddou », les « tue Maninq », qui résultent du choc à l'intérieur de son cerveau des bonnes et mauvaises volontés.

En résumé, notre malade est atteint de psychose hallucinatoire chronique avec délire systématisé de persécution et de défense, thèmes d'hypochondrie, écho de la pensée, hallucinations auditives, cénesthésiques, génitales, olfactives et peut-être visuelles. Ce syndrome évolue depuis 16 ans au moins, sans idées de grandeur ni affaiblissement intellectuel cliniquement apparent.

L'étude des lettres du sujet nous permet de saisir un tournant important de son délire. Il semble que l'introduction de M. Maninq comme persécuteur se soit faite par l'intermédiaire des idées de défense. Antoine écrit, en effet, en 1950 : « Depuis 15 jours, je croyais

la fin de mon calvaire, mais aux " tue Cheddou ", " tue Saint-Cricq ", se joignent actuellement les " tue Maninq "... » J'entends tous les soirs : « Maudit Maninq, retirez-vous. » Etrange façon d'exposer son délire. Il semble qu'Antoine se soit aperçu que Maninq le persécutait au fait qu'on le défendait contre lui. L'intrication des thèmes de persécution et de défense est telle que le malade les expose indifféremment par une face ou par une autre, et même plus fréquemment par leur face défensive. C'est l'expression « tue Maninq » qui manifeste le mieux l'ambiguïté du délire. Cette ambiguïté est d'ailleurs plus verbale que réelle, car, affectivement, Antoine est un persécuté. Sur le chapitre de ses protecteurs, il se contredit sans cesse, affirmant une fois qu'ils le soulagent et l'autre qu'ils lui sont eux-mêmes pénibles. Son corps est un champ dévasté où des étrangers s'affrontent à ses dépens. Il a le sentiment d'être le siège d'une lutte.

Cette variété de défense, la plus répandue, ne parvient pas, en fait, à procurer au protégé la sérénité à laquelle il aspire. Non seulement il continue à subir des attaques, mais la défense elle-même constitue quelquefois une épreuve de plus. Persécuteurs et protecteurs entraînent le sujet en une guerre vertigineuse dont, habituellement, son corps lui-même est le théâtre, à laquelle, en tout cas, il ne peut se soustraire. C'est malgré lui qu'on le protège ; envahi, harcelé, piétiné par ses défenseurs même, pour un peu il souhaiterait n'en avoir point. Une possédée de Lévy-Valensi, par exemple, vit au milieu des esprits. « Les uns, favorables, la défendent ; les autres, hostiles, l'attaquent, *et cette lutte la rend très malheureuse.* »

De tels cas où les idées de protection n'ont d'autonomie que verbale par rapport aux idées de persécution, où elles s'accordent avec elles jusqu'à acquérir une signification pratiquement équivalente, sont loin d'être exceptionnels, et peuvent servir de transition avec ceux que nous allons maintenant étudier, où les deux thèmes, à la limite, se confondent en un système unique de persécution bienveillante.

c) *Les idées de persécution bienveillantes* sont connues depuis longtemps : Cotard, Séglas, G. de Clérambault en rapportent des exemples cliniques ; mais il semble que Sérieux et Codet aient été les premiers à leur donner ce nom. En une communication mémorable, ils exposent l'histoire d'un débile de constitution cyclothymique chez qui, à l'occasion d'un syndrome d'automatisme mental, « de caractère hautement désagréable », se constitue une systématisation à thème de bienveillance. En 1924, Sérieux et Capgras, parmi les formes cliniques du délire hallu-

cinatoire chronique, décrivent « un délire de protection », ou « délire de persécution bienveillante ». De ces divers travaux, une définition se dégage : l'idée de persécution bienveillante consiste en l'interprétation favorable de symptômes pénibles. Elle repose donc sur une contradiction qui oppose « le vécu » du délire à son expression conceptuelle. Dans les délires systématisés, cette contradiction reste masquée. Elle se présente, sans parvenir à l'évidence d'un symptôme. Mais, pour peu qu'elle s'épanouisse au grand jour et s'étale au premier plan de la scène clinique, elle acquiert la valeur d'une *ambivalence* véritable, symptomatique de schizophrénie. C'est à propos d'ambivalence que Bleuler cite en exemple des faits assimilables à ceux que nous envisageons ici : « Beaucoup de malades se plaignent de persécution, mais croient en même temps que celle-ci sert à leur éducation, à leur amélioration, ou qu'elle est une étape précédant leur élévation. » Nous ne nous étonnerons pas en conséquence de constater que les délires paranoïdes constituent le terrain d'élection des idées de persécution bienveillante. Elles s'incarnent souvent en thèmes de souffrance salutaire, de mortification bienfaisante, d'ascétisme rédempteur et se colorent ainsi d'une tonalité éthique ou religieuse. Dans ces *délires de protection morale,* le protecteur s'attache à transformer le caractère du sujet, à aiguiser ses qualités, à réprimer ses vices : il le forme « à l'impassibilité » (Leyritz), le corrige d'une habitude de masturbation (Lévy-Darras), le défend contre une perversion homosexuelle (Schiff et Courtois). D'autres fois, comme nous le verrons, le thème se combine à l'érotomanie en *idées de protection amoureuse.*

La relative rareté des purs délires de persécution bienveillante ne doit pas nous laisser méconnaître leur intérêt capital. Ils représentent, à nos yeux, la forme la plus achevée et la plus caractéristique du thème de protection, car ils étalent en pleine lumière une structure affective que l'analyse permet de découvrir, dissimulée mais présente, au fond de la plupart des formes séméiologiques du thème. L'opposition que l'on peut observer entre l'idée de protection et l'affect ambigu, mêlé presque toujours d'inquiétude, qui la sous-tend, nous permet d'affirmer qu'en ce sens, mises à part les formes antagonistes dégradées, les idées de hautes relations et les idées de flatterie, toute idée de protection est une idée de persécution bienveillante. Jamais on ne la voit jaillir d'une pure euphorie, d'une satisfaction béate. La protection, d'une certaine manière, porte toujours en soi une contradiction.

II. Les thèmes voisins

L'étude monographique des thèmes délirants expose celui qui l'entreprend au risque grave de méconnaître les rapports qui unissent la partie étudiée au tout dont elle est artificiellement détachée. Notre analyse du thème de protection ne doit pas nous laisser oublier qu'il se nourrit et s'informe au creux de la matrice plus vaste du *délire* et qu'à son origine il demeure indistinct. Il entretient avec d'autres thèmes issus de la source commune des relations étroites. Ce sont ces relations que maintenant nous essaierons de préciser. Nous montrerons d'abord par où le thème de défense se sépare des idées d'influence et des idées de grandeur ; ensuite comment il se rapproche du thème érotomaniaque.

1° Thème de protection et thème d'influence

La protection en ce qu'elle est subie, imposée, et trouble le fonctionnement subjectif du psychisme, peut revêtir une tonalité d'influence. La combinaison des deux thèmes est fréquente. Déjà Lévy-Darras, en 1914, écrivait : « Les malades interprètent souvent dans un sens favorable la présence de l'influenceur. » Et Ceillier signale le thème de protection comme le contenu *le plus fréquent* des délires d'influence. C'est qu'une parenté profonde associe au climat spécifique de l'idée d'influence l'idée de protection. Le secret de cette affinité réciproque nous paraît résider dans la structure contradictoire de leur association, où se reflète avec exactitude l'ambiguïté foncière des deux thèmes. Ensemble, ils constituent une figure privilégiée où s'expriment à la fois un sentiment pénible de mécanisation et l'apaisante conviction d'un havre de repos. L'ambivalence, manifeste ou latente, forme le nœud de cette association.

2° Protection et mégalomanie

La plupart des classifications des thèmes délirants placent côte à côte les idées de grandeur et de défense, et les confondent plus ou moins. Magnan attribue aux idées de protection dans le délire chronique un rôle analogue à celui des idées ambitieuses : selon lui elles annoncent la transformation définitive du délire

et peuvent même en tenir lieu. « Les voix consolatrices, écrit-il, contribuent à la systématisation du délire ambitieux », et, ailleurs : « L'apparition d'idées de défense (suffit)... pour changer totalement la couleur du délire et modifier de fond en comble la personnalité. » Il est vrai que les thèmes de hautes relations et les idées de flatterie sont à base euphorique. Mais les formes typiques du thème de protection ne prennent qu'à titre exceptionnel la qualité expansive et toujours en un contexte mégalomaniaque qui leur communique sa couleur affective. Dans la règle, loin d'exprimer une expansion du moi, la protection est *thème de subordination*. Le protecteur, presque toujours puissant et surhumain, est un *dominateur* dont l'action bienfaisante abaisse par contraste et humilie le protégé. Un sentiment pénible imprègne le délire, dont la systématisation à thème de bienveillance ne dissimule qu'à demi la conviction pleinement éprouvée d'une « action extérieure » toujours teintée d'une insidieuse malignité. Le protégé *dépend* du protecteur, lui est soumis et inférieur. Cette défense qu'il ne peut refuser, l'écrase ; le protecteur se substitue à lui dans le combat et, par là, le dévalue et tend à le nier. Aussi très fréquemment la protection est jugée importune. « Elle lui est reconnaissante mais pense cependant qu'il pourrait la laisser tranquille », dit par exemple une malade de Lévy-Darras. Le thème de protection dans ses formes typiques est donc *plus proche de la persécution que de la mégalomanie*. Dans les délires systématisés, il se situe, en général, au *même niveau de vraisemblance* que la persécution et ne marque pas, comme le fait le délire ambitieux, selon l'expression de Garnier, « une rupture encore plus profonde avec le possible et le vraisemblable ». Contrairement à l'opinion de Magnan, il ne semble pas que son apparition introduise, dans le délire chronique, une dénivellation structurale. On peut, du reste, l'observer dès le début des psychoses systématiques progressives. Soulairac et Suttel en rapportent un cas emprunté à Leroy et Pottier, et Janet indique la fréquence du besoin d'être aimé et du désir de protection au début des délires chroniques : « Ce côté du persécuté à ses débuts n'est pas assez connu, écrit-il. Bien souvent il a eu la manie de l'amour avant d'avoir la manie de la haine. » Il semble donc que persécution et défense s'insèrent sur une base commune et doivent ensemble et aussi radicalement l'une que l'autre être distinguées de la grandeur.

3° Protection et érotomanie

Parmi les cristallisations thématiques voisines du délire de protection, la plus proche, sans nul doute, est l'illusion délirante d'être aimé. Souvent la protection équivaut à l'amour. G. de Clérambault l'a noté le premier, lorsqu'il décrit parmi les « thèmes dérivés » du « postulat » fondamental de l'érotomanie, « la protection continuelle de l'objet ». Mais il faut avant tout préciser que la parenté des deux thèmes se manifeste, de préférence, *en dehors de l'érotomanie passionnelle*, psychose paranoïaque intégrée par Capgras au délire de revendication. C'est dans les cas d'érotomanie « associée » ou « secondaire » qu'elle apparaît avec le plus d'évidence ; dans ces psychoses où, pour reprendre les termes mêmes de G. de Clérambault, « le syndrome érotomaniaque n'est que partie intégrante d'une plus vaste psychose, celle-ci le plus souvent polymorphe » et où l'élément passionnel s'estompe au profit d'une prolifération imaginative. Fretet a bien montré que le postulat et les thèmes dérivés sont plus le fait des érotomanies associées, symptomatiques, que de l'érotomanie pure. Dans la plupart des observations de riches délires érotomaniaques, la protection continuelle de l'objet se retrouve sous la forme tantôt d'idées de consolation amoureuse, tantôt de protection proprement dite. La clinique nous montre fréquemment les deux thèmes se substituant l'un à l'autre, s'insérant sur un objet commun ou même se confondant entièrement.

Observation 6. — Jacquemette Sol..., 62 ans, transférée en décembre 1951 de Marseille, où elle était restée internée 11 mois ; à son entrée dans le service de la Clinique des maladies mentales, fait l'objet du certificat suivant : « Psychose hallucinatoire chronique et délire de persécution systématisé ; elle est poursuivie par plusieurs hommes et l'un d'eux agit sur elle par la télévision et abuse d'elle en la chloroformant. Réactions de défense : s'est enfuie d'Ajaccio et, à Marseille, a failli provoquer un incendie pour éloigner ses persécuteurs. Hallucinations auditives, converse avec un protecteur, qui doit la faire sortir. Bon état général. Placement justifié. » (Docteur Duc).

L'histoire de la malade est utile à connaître ; sa vie régulière d'employée des P.T.T. a été jalonnée de quelques événements marquants : veuve à 21 ans, après quelques mois de mariage, elle a présenté sur la trentaine une hypoacousie bilatérale actuellement assez gênante, mais qui n'aurait pas beaucoup progressé depuis lors. Pendant plusieurs années elle a entretenu, avec un camarade de travail, une *liaison amoureuse* qui s'est rompue en 1926, à la suite, dit-elle, d'un point

d'orgueil... « Nous nous sommes disputés comme des enfants et je n'ai pas voulu me soumettre. » En 1936, hystérectomie pour fibrome utérin. N'ayant aucune charge de famille, elle prend sa retraite à l'âge de 50 ans, en 1942, et regagne Ajaccio, sa ville natale. Elle s'y installe et y demeure jusqu'en 1950. Les premiers troubles mentaux semblent avoir coïncidé avec ce changement de mode d'existence. Un délire systématisé, hallucinatoire, se constitue progressivement. On la tracasse, on l'observe, on démolit le toit de sa maison. Des étrangers, des Russes, des révolutionnaires, dont l'un se nomme Vladivi, lui font du mal et l'insultent par *télévision,* cherchant à la violer. Parallèlement à ce délire de persécution, se développe un délire de protection amoureuse : « D'ami véritable, je n'en ai qu'un seul, c'est mon collègue. Il est toute ma vie et cela me regarde seule. » Ce protecteur n'est autre que *l'amant qui l'a quittée en 1926.* « C'est lui qui m'a sauvée de tout ; c'est un haut fonctionnaire, il n'est pas le premier venu. Par télévision, il a vu ce qui se passait. Il m'a sauvée. Il s'est annoncé par son nom et son prénom et par tout ce qu'il a dit. Il m'aime toujours et ne pense qu'à une chose : me faire sortir d'ici et se marier avec moi.

« Ici, il continue à me parler. C'est lui que vous entendez toujours. Il ne m'abandonnera jamais. »

D'autres fois, l'idée de protection travestit une érotomanie inavouée, homosexuelle notamment (Fretet). L'analogie, d'autre part, se précise, si l'on consent à voir dans « l'avidité de dépendre » et d'être protégé le mobile secret de la poursuite érotomaniaque. Les objets des deux formes thématiques, enfin, se ressemblent par leurs caractères de supériorité et leur valeur de providence.

Voisin, mais différent de l'influence, de la persécution et de la grandeur, le thème de protection paraît donc occuper, dans le dédale de la dialectique délirante, une position privilégiée. Tout à la fois thème de satisfaction et thème de rétraction du moi, il se situe au carrefour des chemins principaux de la pensée morbide. Cette qualité de « pivot », de point d'articulation du délire, lui confère un intérêt particulier. Sa place ne peut être qu'au *centre* d'une classification des thèmes délirants.

III. Les caractères essentiels du thème de protection

Trois caractères fondamentaux nous paraissent définir le thème de protection et assurent son climat spécifique : l'inefficacité, la passivité et l'expansivité retenue.

a) La protection est, par essence, *inefficace* en tant que protec-

tion : le soulagement qu'elle apporte reste superficiel. Loin d'abréger ou d'adoucir la guerre, elle lui apporte un perfectionnement dialectique et même, quelquefois, d'une certaine façon, l'amplifie. Les protecteurs sont alors intégrés au monde hostile et participent à l'agression. Leur rôle est de figuration : sans eux la lutte dévastatrice s'épuiserait. Ils en sont le prétexte incessamment renouvelé, grâce auquel elle rebondit toujours : les protégés demeurent des persécutés.

b) Passivité. — En un sens, tout délire est passif en ce qu'il est irréductible, subi, « automatique ». Mais le thème de protection comporte, par lui-même, une structure de passivité qui lui est particulière et que déjà Séglas et Arnaud soulignaient. Le caractère de passivité débordant la forme générale du délire infiltre ici le contenu : le protégé est *celui qui subit.* On sait depuis Morel, et Legrand de Saulle, qu'il ne réagit point. Il est en outre conscient de sa passivité. Par là, il se distingue du persécuté, qui lutte par lui-même, et du mégalomane, qui se complaît dans l'illusion de sa puissance. C'est que le protégé s'éprouve d'une certaine manière comme exclu d'une guerre surhumaine où d'autres que lui combattent à sa place ; ses protecteurs l'ont supplanté. L'idée de protection apparaît, en ce sens, comme un *stigmate d'hyposthénie.* Son existence même pose le délirant comme inactif, distant et spectateur de son délire. Cette passivité se développe au maximum dans les délires de controverse et le manichéisme délirant où le sujet *fasciné,* réduit à un regard, assiste, sans y participer, au conflit dont lui-même est l'objet. Mais, en dehors de ces cas extrêmes, elle existe toujours. C'est pourquoi l'idée de protection se développe rarement sur un terrain paranoïaque : la passion, avec ce qu'elle implique d'adhérence immédiate au délire, lui est tout à fait étrangère.

c) Expansivité retenue. — Nous avons longuement insisté sur la signification pénible, généralement méconnue, du thème de défense. Il est indéniable, pourtant, que dans la forme toujours, et dans le fond parfois, il console et rassure. Aussi profond que puisse être le malaise d'où le thème jaillit, il ne peut être indifférent que sa forme verbale soit celle d'une protection, c'est-à-dire, d'une certaine espèce de bonheur. Le terme d'expansivité ne convient pas pour caractériser ce bonheur, à cause de la dilatation euphorique du moi qu'il suppose. Bien au contraire, l'idée de protection typique implique un rétrécissement. C'est une idée de sécurité passive, acquise au prix d'une infériorité. Le protégé

n'est jamais épanoui : son euphorie est restrictive. Le mécanisme imaginatif, chez lui presque toujours présent, mais bridé, contrairement à sa nature et retenu à la limite de la mégalomanie, aboutit à l'élaboration de cet étrange thème de satisfaction étriquée, qui reste, de par son mode si particulier d'expansivité retenue, à mi-chemin de la béatitude.

Ainsi le thème de protection, thème passif, inefficace, conditionnellement expansif, exprime une structure de la conscience morbide dont l'essentiel est la contradiction. Cette contradiction s'établit tout d'abord au niveau de la forme, par l'idée ambiguë d'une domination bienveillante ; au niveau plus profond du vécu, par l'expérience subie d'un monde déchiré par une lutte antagoniste ; enfin, de l'un à l'autre plan, par le contraste entre un concept optimiste et l'affect douloureux qui le fonde. Noyau phénoménologique irréductible, cette structure contradictoire et pourtant homogène permet d'appréhender le thème de défense comme *type* autonome et d'ordonner par rapport à lui les variétés séméiologiques que nous avons décrites. Seules peuvent être retenues comme typiques les formes à double face où les faits contredisent les mots et où le thème consolant porte en soi son échec.

IV. Le contenu du thème de protection

1° Contenu phénoménologique

Si nous cherchons à pénétrer dans l'intimité du thème, à nous le représenter, selon le mot de Jaspers, *tel que le malade l'éprouve,* nous constatons en premier lieu qu'au niveau du vécu, le thème de protection n'est pas antagoniste du thème de persécution. En aucun cas on ne peut le considérer comme étant son contraire. Le négatif de la persécution serait *l'absence de persécution.* Comme l'écrit Minkowski : « Ce qui s'oppose à un délire de persécution, ce ne sont point des idées de bienveillance, ni un mélange d'idées de bienveillance et de malveillance, mais le sentiment d'aisance et de liberté, avec lequel nous évoluons dans la vie, malgré tous les obstacles que nous y rencontrons. » Entre l'idée de persécution et celle de défense, il n'existe qu'une pseudo-opposition d'ordre verbal, qui n'offre aucun des caractères d'une opposition véritable.

Bien au contraire, les deux thèmes s'insèrent sur une base

commune. Dans les psychoses aiguës, il est fréquent de les voir naître ensemble, ou bien se substituer harmonieusement l'un à l'autre ; et au cours des délires systématisés progressifs tout se passe comme si, loin de se contredire, ils se complétaient réciproquement et n'atteignaient à une forme parfaite qu'à la faveur de leur dialectique alternante. L'apparition du thème de protection dans un délire de persécution ne marque dans l'évolution de la psychose aucune discontinuité, mais apporte au délire un prolongement naturel, prévisible, un enrichissement cohérent. Ainsi s'explique et, d'une certaine manière, se justifie, le désintérêt de la psychiatrie contemporaine à l'égard des idées de défense : la présence ou l'absence d'idées de protection au sein d'un délire chronique n'en modifie nullement la structure ; d'un point de vue structural, c'est la présence ou l'absence du thème de grandeur qui importe. S'il est vrai, comme l'écrit H. Ey, que le délire chronique à évolution systématique, parti d'une « nébuleuse primitive », s'achemine, par un « travail d'édification », vers « une forme toujours plus lucide et élucidée de la pensée délirante », alors le thème de protection, dans cette évolution vers une précision toujours plus grande, peut apparaître, non comme une transformation proprement dite, mais comme un perfectionnement, comme un progrès et une découverte dans l'expression discursive et la conceptualisation de l'indicible réalité vécue.

Cette réalité vécue, substratum de la thématisation délirante, paraît être d'éprouver l'univers comme théâtre d'une lutte cruelle. Persécutés et protégés vivent en un monde de toutes parts investi de significations personnelles, d'où sont irrémédiablement bannis, pour reprendre les belles analyses de Minkowski, les phénomènes du hasard et de la contingence. Or, pour le délirant, la seule manière de dire que le monde est en guerre, ce monde où tout est fait pour lui et s'occupe de lui, où la neutralité n'existe pas, est de s'écrier : « Certains m'attaquent et d'autres me protègent. » Dans cette guerre, les protecteurs n'ont pas plus de réalité humaine que les persécuteurs ; ils sont des entités, des squelettes. Souvent même, ils sont plus schématiques que les persécuteurs, ce qui montre qu'ils ne sont là, si l'on peut dire, que pour donner la réplique. « Ce que le délirant exprime en paroles n'est pas identique à la signification que l'homme normal donne aux mêmes mots », écrit Rümke, résumant l'une des acquisitions les plus importantes de la phénoménologie. En réalité, persécution et protection, non point thèmes antagonistes, mais thèmes complémentaires *d'un délire d'antagonisme*, expriment *la même*

chose. L'idée de protection dans ses formes typiques, non mégalomaniaques, ne signifie rien d'autre que l'idée de persécution ; elle se réfère au même « éprouvé global » inexprimable, dont elle représente seulement une tentative de conceptualisation.

2° Contenu dynamique

D'un autre point de vue, le thème de protection peut être considéré comme la manifestation de conflits dynamiques. Riche d'implications affectives, il se réfère aux divers stades de l'évolution historique du psychisme, et emprunte à leur source la signification vitale qui fonde sa consistance.

a) Au niveau le plus archaïque, le délire de protection replace le sujet dans la position infantile de *dépendance*, où l'enfant ne connaît du monde que sa mère, par l'intermédiaire de qui il le reçoit passivement et captativement comme *donné*. Le monde du protégé, en ce qu'il est providentiel et paradisiaque, est substitut de la famille primitive, dispensatrice de satisfactions orales. Il est conforme à l'imago de la relation nourricière qu'il tend à rétablir et peut donc, en ce sens, être considéré comme symbolisant un refus de sevrage. Les thèmes de *consolation* offrent parfois à nu cette structure d'oralité particulière lorsqu'ils sont intégrés en un contexte de régression schizophrénique.

b) Mais le milieu du protégé comporte une différenciation plus précise : autrui y est présent et tout d'abord comme *regard*. Le monde est, à ce stade, un *miroir* qui renvoie au sujet l'image de lui-même. Le rapport d'être vu ou plutôt de se voir réfléchi, est, comme l'a montré Lacan, le premier contact avec le monde d'un moi dont la structure narcissique n'autorise d'autre investissement de la libido que sur soi-même. Le thème de protection peut ainsi prendre la valeur d'un *thème narcissique* où l'image du double se projette en forme de protecteur. L'observation clinique permet, dans certains cas, de saisir des expressions directes de cet aspect en quelque sorte « spéculaire » du thème.

Observation 7. — Ainsi notre malade, Fernand M..., atteint de schizophrénie à forme paranoïde, vit sous la protection terrible d'une sorte de sosie de lui-même, le maître des mystères, issu de l'enfer, sublime et effrayant défenseur, « doué d'éternité, d'initialité, de puissance, qui le pousse de force sur le chemin ascétique de la recherche de l'absolu. Il est, dit le malade, mon esprit que je dois rejoindre, mais

il est distinct de moi. Depuis que le monde existe, il existe. C'est le centre, il est initial du monde, il n'y avait rien avant lui. C'est mon esprit, c'est moi-même, mais son esprit reste indépendant jusqu'à ce que je me rejoigne. Il m'oblige incessamment, puisqu'il faut qu'il arrive à ses fins. Il faut réduire le tout à rien... Le monde est l'antithèse de Rien. Donc il faut être Rien pour être l'initialité, en entier synchronisme. Notre travail est presque terminé. Nous avons presque tout réduit à sa plus simple expression. Nous aurons bientôt le millimètre et je fusionnerai avec lui. »

Il est rare pourtant que la structure narcissique du thème se manifeste avec tant d'évidence. Seuls les délires schizophréniques en permettent la libre exposition. Mais une analyse attentive en pourrait déceler l'insidieuse présence au niveau même des délires à forme paranoïaque, dont la systématisation pose le monde comme regard et le sujet passif comme spectacle.

c) Pourtant le thème de défense peut être rapporté à un niveau moins primitif de régression, en ce qu'il suppose l'acquisition d'autrui en tant que tel. Le protecteur ne peut être réduit au double projeté ; il est sujet, il est autre. De l'extérieur, il *intervient* et il agit : le thème de protection est *thème d'intrusion*. Il se réfère à la prise de conscience du semblable comme rival. Nous avons insisté longuement sur l'implication de rivalité victorieuse que dissimule l'aspect faussement expansif du thème. C'est au niveau du « complexe d'intrusion » de Lacan qu'on en peut déceler la racine. A ce niveau, aussi, que l'idée de protection rejoint le thème de l'influence.

d) Si nous poursuivons notre recherche des origines affectives du thème de défense, dans leur rapport avec l'évolution dynamique du psychisme, le protecteur nous apparaît, à un stade plus élevé, non plus seulement comme intrus, mais comme Père. Nous accédons ici à la situation œdipienne. Le protecteur est doué d'attributs masculins de force et de puissance. Les sentiments du délirant à son égard sont imprégnés d'ambivalence. Le protecteur, en effet, domine d'une part, et humilie. D'autre part, il est bon et il est beau. Forme de l'idéal du moi, il constitue le modèle de tout épanouissement futur. Il est celui qu'il faudrait devenir. Mais sa bienveillance écrasante impose un joug pesant, qu'il serait cependant criminel de briser. Elle pose le protégé comme dépendant d'un supérieur, aimé et détesté, qui agit à sa place, le supplante et le frustre.

Cliniquement, l'incarnation du protecteur dans le temporel des

délires répond presque toujours à l'archétype du père, qu'il s'agisse de protecteurs mystiques (le diable, Dieu, le bon ange, le maître des mystères), cosmiques (le soleil), ou plus spécifiquequement familiaux (le père), ou encore de défenseurs investis de puissance sociale (la police, Gambetta, Anatole France, les messieurs d'Etat, le grand maître de la franc-maçonnerie, des rois, des évêques, des médecins). La rareté des protecteurs féminins nous semble à cet égard très significative. En face de ces dieux, de ces génies, de ces héros virils, la situation du sujet s'organise suivant les catégories adlériennes des rapports de l'inférieur au supérieur, du féminin au masculin, du passif à l'actif. La protection, subie autant que désirée, s'oppose schématiquement au refuge d'une protection maternelle qui serait douce, réchauffante, et procurerait au malade l'exaltante béatitude d'un authentique repos.

e) Parfois la socialisation du monde s'opère ouvertement selon un mode *éthique*. Le protecteur, dans certains délires ascétiques de perfectionnement, est juge et moralisateur. Il pousse le sujet vers le bien. Image du surmoi, il dirige, interdit, menace de punir. Le protégé devant lui, est *coupable*. Mais plus souvent, le sentiment de culpabilité se dissimule. On peut alors le déceler derrière la persécution concomitante, qui n'est rien d'autre qu'une accusation projetée. Ainsi certaines formes du délire de controverse prennent l'aspect d'un plaidoyer antagoniste qui passe au crible de l'appréciation morale la vie entière du sujet. Cet aspect « surmoïque » du thème de défense peut être rattaché directement à la frustration qui est le nœud du complexe d'Œdipe. Par là, il entretient des rapports très étroits avec le père, en tant qu'agent d'interdiction et facteur génétique du surmoi.

La situation affective du protégé est donc complexe. On peut y distinguer, superposées les unes aux autres, suivant un mécanisme de surdétermination dont Freud a découvert la portée générale, des organisations thématiques dont chacune peut être rapportée à un stade différent de l'évolution psychique : tout à la fois et successivement, le protecteur peut apparaître comme symbolisant la mère nourricière, le double narcissique, le semblable en tant qu'intrus, le père tel qu'il se présente à l'acmé du conflit œdipien, l'instance surmoïque, enfin. Ces significations diverses ne s'excluent nullement. Intriquées en un riche faisceau symbolique, elles s'appuient les unes aux autres et se répondent en écho, communicant au thème de défense leur chaleur affective. C'est à la faveur de leur combinaison foisonnante que se constitue le climat spécifique du thème.

Ainsi le thème de protection, dans ses formes typiques, est autonome et irréductible à tout autre. Tout à la fois thème de satisfaction et thème de rétraction du moi, il se situe à l'intersection des deux courants principaux de la pensée délirante. Contrairement à l'apparence, l'idée de protection n'exprime pas une sécurité. L'écart est grand, à son niveau, du signe au signifié. Cette inadéquation particulière en constitue peut-être le plus grand intérêt. Par la contradiction qui l'anime et le fonde, le thème de protection expose en quelque sorte à découvert une propriété générale du discours délirant, cette structure paradoxale caractéristique, selon Blondel, de la conscience morbide.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Arnaud (F.-L.). — Délires systématisés chroniques, in *Traité de Gilbert Ballet* (1903), cf. surtout p. 517 à 522.

Baillarger (J.). — *Hallucinations*, 1846, p. 281-285.

Bleuler (E.). — Cité par Boutonier (J.) : La notion d'ambivalence. *Thèse*, Paris, 1938.

Carpentier (P.). — La défense dans le délire de la persécution chronique. *Thèse*, Paris, 1896.

Calmeil (L.-F.). — *De la folie*, Paris, 1845, t. II, p. 59.

Ceillier (A.). — Du besoin de réconfort au sentiment et au délire d'influence. *Bull. Soc. cl. méd. ment.*, mars 1923.

— Les influencés. Syndromes et psychoses d'influence. *Encéphale*, 1924, n° 3, p. 152-162 ; n° 4, p. 225-235 ; n° 5, p. 294-302 ; n° 6, p. 370-382.

Clérambault (G. de). — Les délires passionnels. Erotomanie, revendication, jalousie. *Bull. Soc. cl. méd. ment.*, mars 1921, p. 92.

— Discussion de la communication de Sérieux et Codet : Un délire de persécution bienveillante. *Annales médico-psychologiques*, 1923, t. II, p. 359-360.

Dide (M.) et Guiraud (P.). — *Psychiatrie du médecin-praticien*, Masson, 1922.

Esquirol (E.). — *Des maladies mentales*, t. I, p. 161 (1838).

Ey (H.). — Mégalomanie, in *Etudes psychiatriques*, Desclée de Brouwer, Paris, 1950, t. II, p. 515 et sq.

Falret (J.). — Du délire chronique. Discussion à la Société médico-psychologique. *Annales médico-psychologiques*, 1887, t. I, p. 261-267.

Frétet (J.). — L'érotomanie homosexuelle travestie. *Evolution psychiatrique*, 1937, fasc. IV, p. 17-35.

— Les causes affectives de l'érotomanie, principalement chez l'homme. *Thèse*, Paris, 1937.

— Définition de l'érotomanie. *Annales médico-psychologiques*, 1939, t. II, p. 517-523.

Janet (P.). — Les sentiments dans le délire de persécution. L'amour et la haine. *Journal de psychologie*, 1932, p. 161-240 et 401-460.

Lacan (J.). — La famille. *Encyclopédie française*, t. VIII.

Legrand du Saulle (H.). — *Le délire des persécutions*, Paris, 1871, p. 57 et 58, obs., pp. 54, 60, 75, 365.

Leroy (R.) et Pottier (Cl.). — Délire systématisé de persécution et de possession consécutif à des pratiques spirites. *Annales médico-psychologiques*, 1930.

Lévy-Darras (A.). — La psychose d'influence. *Thèse*, Paris, 1911, pp. 68-74, 78-79, obs. III et IV.

Lévy-Valensi (J.) et Boudon (L.). — Deux cas de délire de persécution à forme démonomaniaque développés chez les débiles à la suite de pratiques spirites. *Encéphale*, 1908, t. II, p. 115-119.

Leyritz (J.). — Un cas de délire de persécution à longue évolution. *Bull. Soc. clin. méd. ment.*, 1922, p. 16-19.

Magnan (V.) et Sérieux (P.). — Délire chronique à évolution systématique. *Traité international de psychologie pathologique*, t. II, chap. VI, p. 616-627.

— *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, Paris, 1893, p. 75-76-114-243 et 244-270-340.

Maurel (H.). — Etude clinique et psychopathologique des idées délirantes à thème de protection. *Thèse*, Montpellier, 1954.

— *Le thème de protection et la pensée morbide*, un vol., 170 pp., Presses Universitaires de France, Paris, 1954.

Minkowski (E.). — De la rêverie au délire d'influence. *L'évolution psychiatrique*, 1927, t. II, p. 130-184.

— Phénoménologie et analyse existentielle en psychiatrie. *L'évolution psychiatrique*, 1948, p. 137-191.

Rümke (H. C.). — Signification de la phénoménologie dans l'étude clinique des délirants. Rapport au congrès international de psychiatrie. *L'exp. sc. éd.*, Paris, 1950, t. I, p. 125-171.

Schiff (P.) et Courtois (H.). — Encéphalite épidémique chronique à forme de psychose hallucinatoire fantastique. *Encéphale*, 1928, p. 467-472.

Séglas (J.) et Bezançon. — De l'antagonisme des idées délirantes chez les aliénés. L'attaque et la défense. Le bien et le mal. Le dédoublement de la personnalité. *Annales médico-psychologiques*, 1889, t. I, p. 5-33.

Séglas (J.). — *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, 1905, p. 778-791.

— Séméiologie des affections mentales, in *Traité de pathologie mentale de Gilbert Ballet* (1903), Les idées de défense, p. 245-248.

Sérieux (P.) et Capgras (J.). — Délire hallucinatoire chronique, *in* Traité de pathologie médicale de Sergent, *Psychiatrie*, t. I, Paris, 1926, p. 298 et sq.

— et Codet (H.). — Un délire de persécution bienveillante. *Annales médico-psychologiques*, 1923, t. II, p. 353-360.

Soulairac (A.) et Suttel (R.). — De l'antagonisme du bien et du mal dans quelques délires. *Annales médico-psychologiques*, 1939, t. II, p. 13-26.

ROLE DE L'ÉMOTION ET DE L'ANXIÉTÉ MORBIDE DANS L'APPARITION DE MANIFESTATIONS SOMATIQUES CHEZ DEUX SÉNILES

Etude clinique et biologique *

PAR

P. CHATAGNON, P. JEANNEAU, NICOLAS-CHARLES
et Mlle C. CHATAGNON

On se souvient de l'expérience déjà ancienne de Cannon qui, prélevant du sang chez des joueurs de foot-ball pour y chercher la teneur en sucres, avant et après l'effort de la compétition, trouva une augmentation de la glycémie après le match, et un retour au taux normal (constaté avant l'effort du jeu) vingt-quatre heures plus tard. Cannon concluait qu'il y avait eu, du fait de la tension nerveuse et de l'effort par le jeu, une mobilisation du glycogène de réserve par l'action du système nerveux agissant sur la sécrétion interne de l'adrénaline.

Cette expérience fut répétée chez les spectateurs ne prenant pas part à l'effort physique des joueurs, mais soumis aux émotions des péripéties du match ; elle montra que, chez les passionnés du jeu, on pouvait observer une augmentation sensible de la glycémie durant la phase de tension émotionnelle et un retour au chiffre normal à la fin de la contemplation du spectacle.

Le rôle de l'émotion et des chocs émotionnels dans la mise en branle de tout le système endocrinien et par conséquent viscéral était donc démontré. Ce rôle était du reste connu des cliniciens bien avant les démonstrations physiologiques géniales de Cannon, mais on en ignorait le mécanisme. Ces mécanismes ont été considérablement approfondis par les auteurs contemporains.

* Laboratoire central de biologie de l'hôpital de Maison-Blanche, par Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise), avec l'aide de l'Institut national d'hygiène et la C.N.S.S.

Ann. méd.-psych., 112e année, t. II. — Juillet 1954.

L'on savait, par exemple, que des phénomènes de canitie soudaine pouvaient s'observer chez des personnes jeunes à la suite d'émotions violentes, que des papillomes cutanés disparaissaient brusquement sans cause apparente, que des ictères se manifestaient inopinément à la suite de frayeurs intenses ou de chocs émotionnels brutaux chez des sujets hyperémotifs.

Ce sont précisément deux observations typiques de ce dernier type : deux ictères catarrhaux bénins ou deux hépatites avec ictère survenus à peu près au même moment, chez deux femmes de 74 et 80 ans, sans phénomènes infectieux prémonitoires, à la suite d'anxiété morbide, chez des sujets hyperémotifs, que nous allons rapporter. Sans doute, l'intérêt de tels cas mérite-t-il toujours réflexion en raison même des inconnues qui nous restent à résoudre quant au déterminisme pathologique, mais, aujourd'hui, nous voudrions seulement souligner le fait que des syndromes somatiques peuvent être déclenchés non seulement par des tensions émotionnelles violentes chez des sujets à psychisme normal, mais également par des tensions émotionnelles et anxieuses chez des sujets à psychisme détérioré, en l'espèce par l'affaiblissement sénile. Ce que réalisent dans les manifestations somatiques les à-coups émotionnels chez les hypersensibles à équilibre psychique normal, les à-coups tensionnels morbides des hypersensibles à psychisme perturbé, par exemple, par angoisse et anxiété hallucinatoire ou non, peuvent aussi le réaliser.

Observation n° 1. — Mme L..., Héloïse, née le 13 juillet 1873, entre le 16 décembre 1953 dans notre service. Elle a 80 ans et présente les signes d'un déficit psychique qu'accompagne un accès d'excitation psycho-motrice de type maniaque survenu assez brusquement et caractérisé par de la fuite des idées, des propos érotiques et d'ordre professionnel. Elle va et vient avec une activité désordonnée, s'entretenant avec nous de son métier de culottière et tient propos ironiques, aigrillards, contant sa vie et la vie des siens, chantant les chansons du début du siècle, mais réclamant avec insistance son départ de « l'asile des fous », où elle n'a rien à faire. Le déficit psychique est marqué surtout par la difficulté d'évocation des souvenirs, l'impossibilité du rappel des mots et par une fabulation compensatrice plus nette à certains moments ; un onirisme euphorique et gouailleur vient compléter le tableau clinique. Les manifestations anxieuses sont, à certains moments, très vives, elles actionnent une agitation motrice continue, diurne et nocturne, et l'insomnie est de règle. Ce comportement turbulent a du reste motivé son renvoi de la maison de retraite où elle vivait en compagnie de son mari. Elle proteste dès son entrée de se voir « claustrée, sous clefs ». Elle demande à aller consulter M. Hartmann, son oculiste, qui devait opérer la cataracte de son

deuxième œil, au lieu de cela « on l'a conduite dans un hôpital où elle n'aurait jamais dû aller ».

Elle a l'âme simple et demeurée naïve des paysans « de chez nous ». Elle nous apprend, avec la meilleure bonne grâce, qu'elle est née dans le Loiret, de père et mère journaliers agricoles et qu'elle est l'une des sept enfants de la famille.

Elle fréquenta irrégulièrement l'école jusqu'à 12 ans, vient à Paris à 15 ans ; se place comme femme de chambre quelques mois, puis trouve un emploi de culottière chez un tailleur. Ouvrière appliquée et diligente, elle ne tarde pas, en raison de ses qualités professionnelles et morales, en particulier de sa nature généreuse et toute d'affectivité, à s'imposer à la considération de son patron, qui fera d'elle sa bru. Elle se marie à 24 ans, mais son mari, atteint de tuberculose ganglionnaire et vertébrale, décède 15 ans plus tard. Elle se dévoua en soins assidus et intelligents, faisant elle-même, sous la direction de son médecin, les ponctions évacuatrices et les piqûres à son mari, tout en continuant à travailler tard dans la nuit après ses occupations de surveillance de l'atelier où elle conduisait une vingtaine d'ouvrières.

Elle se remarie à 45 ans et vit heureuse depuis 35 ans auprès de son fidèle époux, continuant son métier de culottière et d'infirmière bénévole. La baisse d'acuité visuelle l'a obligée à cesser son activité dans la couture, et son mari, conducteur de taxi, ne pouvant plus trouver d'activité rémunératrice en raison de son âge (88 ans), le couple a trouvé refuge dans une maison de retraite.

L'accès hypomaniaque d'Héloïse a interrompu la quiétude pourtant méritée de Philémon et Baucis.

Héloïse a présenté, durant son enfance et son adolescence, de la « chlorose ». Ses premières menstrues apparaissent seulement à 24 ans, après l'émotion vive des fiançailles. Quatre mois plus tard elle s'aperçut d'une canitie totale : « De brune que j'étais je devins toute blanche, comme je suis en ce moment..., mais j'avais alors beaucoup de cheveux... Tout le monde voulait savoir comment il se faisait que mes cheveux avaient soudainement blanchi. »

Après cela, le cycle génital s'est déroulé normalement et sans gestation de 24 à 50 ans, époque où la ménopause s'installa brusquement.

On ne note aucune manifestation pathologique au cours de la longue vie de Mme H.

Depuis son entrée dans le service, le comportement de Mme Héloïse est celui d'une maniaque agitée, tourmentée par une activité onirique nocturne et surtout profondément et douloureusement contrariée de se sentir « enfermée avec des folles ». Sa tension émotionnelle pénible éclate en supplications pour sa sortie, en crises de larmes, en agitation désordonnée qu'entrecoupe une montée de larmes ou l'explosion d'une chanson d'autrefois : c'est dans ce bouillonnement émotionnel que se manifeste brutalement, le 17 janvier 1954, sans signes infectieux prémonitoires, un ictère franc des téguments et des muqueuses,

colorant en jaune safran face et thorax, décolorant les fèces, mais entraînant l'émission d'urines bilieuses foncées. On ne note qu'un très léger prurit, sans bradycardie (p. 84). L'ictère dure 10 jours. Dès le 7e jour, les matières se recolorent et la teinte jaune des téguments disparaît. A aucun moment l'état général n'a été altéré. Il n'y eut jamais de point douloureux vésiculaire ou du carrefour duodéno-pancréatique. Le foie resta de volume normal et la rate ne put être perçue.

La guérison survint sans séquelles une douzaine de jours après le début de l'ictère, en même temps que cédaient la tension anxieuse et le tourment moral.

Les examens de laboratoire ont montré : des réactions de Bordet-Wassermann, Kolmer, Kline et Kahn négatives dans le sang. Le séro-diagnostic à l'antigène O et B pour l'Eberth, le para A et le para B est négatif. L'électrocardiogramme est normal.

Les examens biochimiques et hématologiques sont rassemblés dans le tableau ci-dessous.

		16-12-53	21-12-53	19-1-53	23-1-54	16-2-54	19-2-54
Urines	Albumine	+	0	0	0	0	0
	Sucres réduct.	0	0	0	0	0	0
	Acétone	+	0	0	0	0	0
	Sels biliaires	0	0	+	+	0	0
	Pigm. biliaires	0	+	+	0	0	0
Sang	R. de Ducci	5	6	5	4	1	
	Urée	0,68	0,30	0,35	0,35	0,40	0,35
	Glycémie	1,05		0,74	0,71	0,80	0,90
	Cholest. total			4,36	3,50	2,44	2,84
	Cholest. ester			1,68	1,10	1,20	1,20
	Rapp. $\frac{E}{T}$			0,36	0,31	0,49	0,42
	Protides totaux			76,5	80,5	50,5	70
	Sérine			38	58,5	47	45
	Globuline			38,5	22	23,5	25
	Rapp. $\frac{S}{G}$			0,98	2,65	1,99	1,80
	Thrombine				100 %		
	Fibrinogène				3 ‰		
	T. Mc. Lagan			4 U	4 U	5 U	8 U
	T. Hanger			nég.	nég.	nég.	nég.
	Potassium			0,19	0,21	0,19	0,18

Hématies.....				3.825 000	4.190.000	3.860.000
Leucocytes.....				4.600	6.000	6.200
Poly neutro.....				54	53	50
— éosino.....				1	3	3
— Baso.....				4	—	1
Gds lympho.....				18	33	28
Pts —				14	5	12
Monocytes.....				9	6	6
Tempssa ign^{t}.....				3	2,3'	2'
— coag.....				23	8'	10'
Vitesse sédiment.						
1.....				21 mm.	15	17
2.....				44 mm.	34	36
3.....				87 mm.	88	95

Les examens de laboratoire confirment donc l'atteinte hépato-rénale discrète : albuminurie légère transitoire et urée sanguine à 0 gr. 68 et à 0 gr. 35 p. 1.000, sels et pigments biliaires dans les urines. La fonction glycopexique est déficiente : l'épreuve des concentrations galactosuriques fractionnées nous révèle, à la fin de l'ictère, une élimination de 19 gr. 6 pour 1.000 durant les deux premières heures, 3 gr. p. 1.000 durant les deux heures suivantes, 0 gr. 50 p. 1.000 ensuite et 0 gr. durant les émissions terminales. Au total : augmentation des concentrations proximales avec allongement en échelon, comme on l'observe dans les cirrhoses ou les insuffisances hépatiques.

L'épreuve de l'hippuricurie provoquée révèle une baisse considérable de l'élimination : 0 gr. 83, exprimée en acide benzoïque.

La réaction de floculation au rouge colloïdal de Ducci montre une réaction positive forte (6-5-4) durant la phase ictérique, puis revient à la normale quinze jours après la disparition de l'ictère. Parmi les autres constantes organiques signalons l'augmentation marquée du cholestérol et un chiffre normal du potassium sanguin (0,19).

Les examens de sang ne révèlent rien d'anormal.

Conclusions : hépatite avec ictère.

L'évolution a été des plus favorables : l'excitation psychique et la bouffée émotionnelle vive ont cédé au cours même de l'évolution de l'ictère et la sortie a pu être autorisée quelques semaines après le retour à l'état normal.

Les points particuliers de cette observation sont les suivants : l'hépatite avec ictère est apparue en pleine anxiété morbide, chez un sujet âgé en proie à un bouleversement émotionnel intense,

dont la nature hypersensible s'était déjà traduite : *a*) dès l'enfance et l'adolescence par des symptômes de « chlorose », *b*) par une puberté retardée et déclenchée à 24 ans par l'émotion des fiançailles, *c*) par une canitie précoce et totale quelques mois plus tard.

Soulignons toutefois que l'importance que nous attribuons au facteur psychique dans le déclenchement de l'ictère ne nous fait pas perdre de vue la possibilité d'une infection virale ou autre, et cela d'autant moins que, vers la même époque, un deuxième cas d'hépatite avec ictère chez une autre femme âgée de 74 ans est apparu dans le même pavillon, mais dans des conditions de tension émotionnelle morbide comparables.

Observation n° 2. — B..., Marie-Louise, 74 ans, entre en 1951 dans notre service pour état démentiel : affaiblissement portant surtout sur la sphère mnésique avec quelques idées de préjudice, de récrimination contre « son arrestation » pratiquée dans le but de la spolier et de prendre son appartement. La note hypocondriaque est marquée par les algies multiples et mobiles : colonne vertébrale, abdomen, poumon, cœur, reins, cerveau. L'examen viscéral ne révèle rien d'anormal. La tension artérielle est à 18/9.

De temps à autre, se manifeste une petite excitation psychique avec anxiété sous-tendue par une fabulation et un onirisme. Elle trouve qu'on la soigne « extérieurement » mais non « à l'intérieur », elle s'en montre courroucée, contrariée et tourmentée de n'être pas l'objet d'une attention plus efficiente.

Le 10 février 1954, apparition d'un ictère catarrhal bénin en tout comparable à celui de l'observation n° 1 et évoluant vers la guérison sans séquelles en une dizaine de jours.

Les examens de laboratoire nous révèlent :

Les réactions de Bordet-Wassermann, Kolmer, Kline et Kahn sont négatives dans le sang, de même que le séro-diagnostic des infections du groupe typhique-paratyphique.

L'électrocardiogramme montre une bradycardie sinusale à 48.

Les examens biochimiques et hématologiques sont rassemblés dans le tableau ci-dessous.

		11-2-54	15-2-54	1-3-54	23-3-54	29-3-54
Urines	Albumine	+	+	0	0	0
	Sucres réduct	0	0	0	0	0
	Acétone	0	0	0	0	0
	Sels biliaires	0	0	0	0	0
	Pigm. biliaires	0	0	0	0	0
Sang	R. de Ducci	5	5	2	1	1
	Urée	0,45	0,35	0,30	0,35	0,35
	Glycémie	0,95	1	0,92	0,87	0,98
	Cholest. total	2,66	2,35		2,10	2
	Cholest. ester	0,90	0,97		0,82	0,72
	Rapp. $\frac{E}{T}$	0,34	0,41		0,39	0,36
	Lipides totaux			5,75		
	Protides totaux	80	75	78,3	81	81,5
	Sérine	46,5	45,5		43	47,5
	Globuline	33,5	29,5		38	34
	Rapp. $\frac{S}{G}$	1,3	1,54		1,13	1,39
	Thrombine				60 %	
	T. Mc. Lagan	8 U	7 U		9 U	5 U
	T. Hanger	nég.	nég.		légt. +	légt. +
	Potassium	0,14	0,16	0,13	0,13	0,13
	Hématies	4.445.000	3.770.000		4.435.000	
	Leucocytes	8.600	5.200		6.000	
	Poly neutro	60	54		59	
	— éosino	3	1		1	
	— Baso	—	—		—	
	Gds lympho	22	24		21	
	Pts —	10	12		15	
	Monocytes	5	9		4	
	Temps saignt	1,30'	2'		4'	
	Temps coag	12'	14'		14'	
	Vitesse sédiment.					
	1	55	36		45	
	2	84	70		71	
	3	117	120		116	

Les examens de laboratoire, consignés ci-dessus, nous révèlent des signes discrets mais nets d'hépato-néphrite, caractérisés par une petite albuminurie contemporaine de l'ictère, avec légère augmentation de l'urée sanguine (0 gr. 45-0 gr. 35 p. 1.000). Pas de cholurie : absence de pigments et de sels biliaires. La fonction glycopexique est déficiente : l'épreuve des concentrations galactosuriques fractionnées nous révèle à la fin de l'ictère : une élimination de 6 gr. 75 p. 1.000 durant les deux premières heures ; 11 gr. p. 1.000 durant les deux heures suivantes ; 1 gr. p. 1.000 ensuite et 0 gr. durant les émissions terminales. Au total : petite augmentation des concentrations proximales avec allongement en échelon comme on en voit dans les cirrhoses.

L'épreuve de l'hippuricurie provoquée révèle une baisse considérable de l'élimination de l'acide hippurique (0 gr. 53 exprimés en acide benzoïque).

La réaction de floculation au rouge colloïdal de Ducci montre une réaction positive forte (5-5) durant la phase ictérique, puis elle revient à la normale.

Parmi les autres constantes organiques signalons l'augmentation du cholestérol et le maintien du potassium sanguin à la limite inférieure de la normale (0,16, 0,14, 0 mgr. 13 p. 1.000).

Le temps de saignement est raccourci, correspondant à l'allongement du temps de coagulation. La formule sanguine est sensiblement normale et la thrombinémie à 60 %.

Les formules sanguines successives ne montrent rien d'anormal.

Conclusions : hépatite avec ictère.

Dans les deux cas, les examens de laboratoire nous confirment :

1° la part de l'atteinte hépatique et hépato-rénale antérieure et latente, sensibilisant ces sujets ;

2° l'absence d'infection du groupe des salmonelloses. Nous n'avons pu pratiquer les inoculations aux animaux, comme nous l'aurions désiré, pour préciser s'il s'agissait d'hépatite à virus ou de spirochétose ; nous n'avons pas fait de ponction-biopsie du foie ;

3° la diversité du substratum biologique des syndromes cliniques ; c'est ainsi que, pour ne prendre qu'un exemple, la teneur du sang en potassium se trouve abaissée et à la limite inférieure de la normale dans le cas n° 2, alors qu'elle reste normale dans le cas n° 1. Rappelons que la baisse du K sanguin peut être provoquée par l'ictère, selon L. Heilmeyer.

Dans les deux cas rapportés, nous avons observé un ictère bénin survenu à la suite de manifestations anxieuses vives chez des sujets âgés et affaiblis psychiquement, et chez lesquels l'ex-

ploration des fonctions hépatiques et rénales décèle une petite insuffisance. Sans nier la possibilité de l'action de germes ou de virus dans l'étiologie de l'hépatite avec ictère, il n'en demeure pas moins que le déséquilibre émotionnel profond, intense, chez des sujets à sensibilité vive, sous-tendu par une activité maniaque et sub-onirique dans le premier cas, hypocondriaque, délirante et sub-onirique dans le deuxième, a joué un rôle déclenchant certain.

L'intérêt de ces cas réside bien dans le déterminisme de l'émotion concentrée, refoulée, de nature anxieuse chez deux sujets âgés hypersensibles et à psychisme détérioré, dans l'apparition de l'ictère d'évolution bénigne, rapide et sans lendemain. Ce sont des exemples démonstratifs de l'interpénétration étroite psychosomatique de constatation quotidienne en médecine générale comme en psychiatrie. Les agressions de l'anxiété, de l'émotion morbide chez les psychopathes agissent de la même façon que l'émotion chez les sujets équilibrés. Elles sont même plus fortes que les plus fortes émotions chez les sujets dits normaux en ce que, contrairement aux sensations et émotions ordinaires, elles intéressent la totalité de l'organisme, l'ébranlant jusque dans ses fondements, se répercutant sur tous ses mécanismes et même sur la composition du sang.

La répercussion s'amplifie encore dans une organisation nerveuse désaxée, et, dans les cas ci-dessus envisagés, le retentissement anxieux prenait la place de l'instinct de conservation dans sa lutte contre la contrainte de l'hospitalisation forcée.

LES RÉACTIONS ANTI-SOCIALES DANS LA MAYENNE

PAR

Gabriel DESHAIES

I. — Préambule

Des expertises que nous avons pratiquées dans le département de la Mayenne, de 1945 à 1952, nous avons retenu 400 dossiers en vue d'étudier les réactions dites anti-sociales en ce lieu bien délimité.

La Mayenne se ressent du voisinage de l'Orne au Nord, de l'Ille-et-Vilaine à l'Ouest, du Maine-et-Loire au Sud. Elle ne possède guère que 264.000 habitants, contre 313.000 en 1901, régression en rapport avec le processus général de dépeuplement des campagnes. Les villes y sont rares et petites ; Laval, siège de la préfecture, compte environ 30.000 habitants. Milieu rural, mœurs simples, stables, esprit traditionaliste, à prédominance catholique, voire cléricale. Mais si ce terrain produit des Suhard, il fournit aussi des Jarry.

Parmi nos dossiers, les Mayennais d'origine figurent pour 80 %, les Bretons, Normands, Angevins pour 15 %, soit 95 % pour la « région » de l'Ouest ; 5 % viennent de la Seine, du Nord, etc... La plupart de ces « étrangers » se sont fixés dans la Mayenne. Cette homogénéité, cette constance des conditions d'existence biologiques et sociales, rendent plus particulièrement intéressante l'étude des réactions individuelles attentatoires à l'ordre légal. Nous envisagerons certains caractères des actes, des acteurs et du déterminisme réactionnel. Les données statistiques sont fournies brutes, sans exploitation mathématique ni corrélations avec un échantillon de la population régionale. Nous le déplorons, sans que cela nous paraisse devoir nous interdire toute utilisation valable à d'autres égards.

II. — Les actes

La qualification juridique des « faits » distingue ordinairement les infractions, les délits et les crimes. Nous ne nous y attarderons pas davantage, car elle dépend trop souvent de circonstances fortuites ou extrinsèques, ou de la tendance personnelle des magistrats à « correctionnaliser » ou à « criminaliser » les affaires, sans que cela corresponde à leur psychologie concrète. Mieux vaut, pour notre propos, retenir le sens général de l'acte, et distinguer en conséquence cinq catégories, selon qu'il s'agit d'agressivité contre les personnes, de destructivité d'objets, d'appropriation d'objets, de sexualité, ou d'autres genres de réaction.

1° Les *agressions* contre les personnes concernent 22 % des cas. Les formes en sont diverses, des plus bénignes aux plus graves.

On y trouve de simples réactions verbales : menaces de mort, outrages à gendarmes, magistrats, dénonciations calomnieuses, lettres anonymes (18 %).

Des réactions motrices plus ou moins dangereuses : coups et blessures, violences (63 %) ; avortements, meurtres, assassinats (19 %). L'action directe, l'actualisation de l'agressivité, l'emportent de beaucoup sur l'expression verbale ou la velléité, dont la qualité même motive évidemment beaucoup moins souvent des suites judiciaires. Les réactions homicides atteignent le cinquième des actes agressifs, et le vingtième du total des réactions antisociales considérées.

2° Les *destructions* d'objets répondent le plus souvent à des agressions indirectes contre les personnes. Elles groupent seulement 5 % des cas. En général, il s'agit d'incendie de meules, de granges, d'habitations. Exceptionnelles dans la Seine, les réactions incendiaires sont propres aux régions rurales. La fréquence en est à peu près la même dans la Mayenne, la Sarthe, le Maine-et-Loire, la Manche, le Calvados, mais paraît beaucoup plus élevée dans l'Orne.

3° Les *appropriations* d'objets intéressent 37 % des cas. Le plus souvent, vols simples ou qualifiés (90 %), parfois recel, trafic illicite, fraudes commerciales (10 %). L'effraction, le cambriolage sont assez rares. Ordinairement, vols d'animaux de basse-cour, de vêtements, d'outils, de bicyclettes, d'argent. La proportion des vols correspond à peu près au pourcentage moyen en France.

4° Les réactions *sexuelles* comptent pour 30 %. Attouchements, tentatives de coït et coïts accomplis sur des enfants, en général des filles, âgés de 3 à 15 ans (65 %). De même sur des adultes, dans les trois quarts des cas plus ou moins consentants (12 %). Les exhibitions génitales, avec ou sans masturbation, sont une exclusivité masculine (12 %). L'homosexualité, avec ou sans pédérastie accomplie, s'avère rare (6 %).

La bestialité offre peu de variétés (coït avec des vaches, des juments, parfois des poules) et n'entraîne pas souvent des poursuites judiciaires (6 %).

Pas de fétichisme ni de grand sadisme.

Presque les trois quarts des réactions sexuelles ont pour objet des enfants et des animaux. Ce fait caractérise, non pas seulement la Mayenne, mais les régions rurales. Dans la Seine, par exemple, ces réactions sont de l'ordre de 5 %.

5° Le reste des réactions (6 %) comporte surtout le vagabondage, et quelques faux témoignages, homicides involontaires, incurie à l'égard d'enfants ou d'adultes en danger.

En gros, les vols dominent nettement, comme dans la statistique générale de la France. Mais contrairement à celle-ci, ce ne sont pas les agressions qui viennent ensuite, ce sont les réactions sexuelles.

III. — Les acteurs

Ce sont les plus maladroits ou les plus malchanceux qui se trouvent le plus sûrement aux prises avec l'appareil judiciaire. Ce sont aussi les moins habiles et les moins maîtres d'eux-mêmes qui commettent des actes légalement répréhensibles. Une sorte de sélection préalable des délinquants et criminels s'opère ainsi d'elle-même, qui répond à la marge plus ou moins grande séparant l'officiel du clandestin, le légal du moral. Ce fait s'avère trop universel pour interdire aux études localisées d'être comparables entre elles. Toutefois, l'influence régionale varie d'un milieu à l'autre. L'opinion publique en dépend, et par conséquent les réactions défensives légales, plus sensibles ou plus tolérantes à tel ou tel genre d'actes, selon les régions. Cette influence, non mesurable, s'exerce évidemment sur les statistiques des faits « légalisés », si l'on peut dire.

S'il convient de n'attacher qu'une valeur relative aux données numériques, surtout pour un groupement aussi limité que le

nôtre, l'intérêt néanmoins subsiste de préciser certains caractères d'ordre physique, psychologique et social concernant nos cas médicaux légaux.

1° Conditions physiques

En accord avec la règle générale prédomine le *sexe* masculin : 85 % d'hommes, 17 % de femmes.

L'âge — les sujets au-dessous de 16 ans ayant été exclus de notre statistique — se répartit ainsi : 25 % de 17 à 20 ans ; 41 % de 21 à 40 ans ; 28 % de 41 à 60 ans ; 4 % au delà de 60 ans. Les trois quarts des sujets sont âgés de moins de 40 ans, avec une forte proportion de jeunes gens.

Les *antécédents personnels* se nourrissent des maladies infantiles courantes, trop souvent oubliées, confondues ou inaperçues pour que nous retenions des chiffres forcément inexacts, et même sans cela dépourvus de valeur interprétative.

Relevons cependant la tuberculose pulmonaire avérée (14 cas, 3,5 %), la syphilis (8 cas), le paludisme (8 cas), l'épilepsie (5 cas), le diabète (1 cas), l'ichtyose (1 cas), le goitre simple (4 cas).

Les déficiences sensorielles, surtout visuelles, avec 9 cas de myopie, 2 d'hypermétropie, 15 de strabisme, 1 de cataracte, 7 de cécité d'un œil, soit 34 cas, auxquels s'ajoutent 6 cas de surdité, atteignent la forte proportion de 10 %.

Les fractures du crâne authentiques se réduisent à 6 cas, les séquelles paralytiques (hémiplégie, etc...) à 4 cas.

Sans aucune prétention biotypologique, le simple aspect clinique nous a permis de relever 42 cas, soit 10 %, de dysmorphies (anomalies dentaires, palatines, asymétrie faciale importante, micro- ou macro-céphalie, bec-de-lièvre, malformations auriculaires, génitale, etc...) ; 6 cas d'atrophie testiculaire bilatérale, 8 cas d'obésité, 22 cas de chétivité.

Dans l'ensemble, et compte tenu des cumuls, les déficiences morpho-physio-pathologiques atteignent environ 30 % des cas.

Parmi les *antécédents familiaux*, assez incomplets, soulignons la tuberculose pulmonaire du père (22 cas), de la mère (12 cas), des collatéraux (16 cas). L'alcoolisme du père (121 cas) et de la mère (34 cas).

L'existence d'une psychopathie familiale affecte 45 cas. Quatre fois chez le père (déséquilibre, épilepsie, démence sénile, paralysie générale) ; treize fois chez la mère (deux déséquilibrées, huit maniaco-dépressives, une schizophrène, une délirante chro-

nique, une démente sénile) ; quatorze fois chez les frères et sœurs (deux déséquilibrées, trois déments précoces, trois maniaco-dépressifs, deux délirants chroniques, deux parkinsoniens avec troubles mentaux).

Presque le tiers de nos sujets comptent l'alcoolisme parmi leurs antécédents familiaux ; 10 %, une psychopathie.

2° Conditions psycho-sociales

La *structure familiale* joue un rôle certain, mais pas toujours facile à apprécier. Considérons d'abord ce que l'on appelle la « dissociation » familiale. A peu près 10 % des sujets furent élevés dans des conditions très anormales (enfants naturels, dépourvus de pères, enfants abandonnés ou orphelins recueillis par l'Assistance publique, enfants élevés par leurs grands-parents). Si l'on ajoute 10 % de familles dissociées par veuvage précoce, remariage, concubinage, séparation de fait, divorce, on atteint au maximum 20 % des cas quant aux anomalies de structure familiale concernant l'éducation de nos sujets.

Nous sommes loin des 88 % trouvés par G. Heuyer chez les jeunes délinquants. Mais nous avons affaire à un autre type de groupement, dont les enfants, rappelons-le, ont été éliminés. Si la délinquance infantile prépare la criminalité de l'adulte, celui-ci peut devenir criminel sans avoir été délinquant dans son enfance. Il n'en reste pas moins intéressant de constater que 80 % de nos délinquants et criminels ont vécu leur jeunesse au sein d'une structure familiale classiquement normale.

Sans contester le moins du monde l'influence nocive de la « dissociation familiale », nous remarquerons que cette notion s'apparente parfois trop à un simple étiquetage, qu'elle recouvre des faits souvent très disparates et ne permet pas d'en grouper d'autres tout aussi importants. Un deuxième mariage, lorsque l'enfant est encore très jeune et l'entente du ménage convenable, serait-il obligatoirement nocif ? et autant qu'un abandon, par exemple ? Certes non. Un divorce serait-il plus néfaste que la permanence d'un couple en conflits perpétuels qui bouleversent l'enfant, malgré les apparences conservées d'une « famille normale » ? Non. A-t-on établi la statistique de la désunion intime des « familles normales » ? Non, bien sûr. Et pourtant l'importance psychologique de ces faits est bien connue et notée dans l'analyse individuelle des observations. Le même « fait » objectif (veuvage, divorce, concubinage, etc...), ne possède pas partout la

même charge affective ; il prend des significations et suscite des conséquences différentes selon la manière dont il se trouve vécu et la situation concrète en laquelle il s'insère. Il s'agit là de corrélations très complexes.

Un autre élément de la structure familiale tient à la multiplicité des collatéraux et au « rang de naissance » des sujets : 6 % sont des enfants uniques, 23 % des aînés, 18 % des cadets, 53 % des intermédiaires. A peu près les trois quarts appartiennent donc aux rangs subséquents. On n'en peut pas tirer grand'chose, faute de comparer ces chiffres aux proportions de la population départementale.

Précisons maintenant l'importance numérique des collatéraux : 29 % des sujets appartiennent à une famille de trois enfants et moins, 28 % de 4 à 6 enfants, 35 % de 7 à 12 enfants, 8 % de plus de 12 enfants (jusqu'à 18 !). Ainsi, 71 % proviennent d'une famille de plus de trois enfants, 43 % de plus de six enfants. On ne saurait prétendre que le « nombre » protège. Il en résulte, au contraire, une aggravation de la promiscuité, de la pauvreté, de la déficience éducative. G. Heuyer a souligné cette influence fâcheuse du nombre chez les enfants délinquants. Les encouragements par principe au biblique « croissez et multipliez », sans prendre garde aux circonstances, ne sont pas dépourvus d'ignorance et d'aveuglement.

L'instruction se fait remarquer par sa faiblesse. Moyenne chez 3 % des sujets (instruction primaire supérieure, instruction secondaire), ordinaire chez 18 % (niveau du certificat d'études primaires), inférieure à ce dernier niveau chez 79 %, dont 5 % d'illettrés complets. On le voit, 80 % ne possèdent pas le minimum d'instruction exigible. Cela résulte pour une part, que nous préciserons plus loin, d'une déficience intellectuelle. Mais celle-ci n'explique pas tout. La population régionale offre presque la même proportion d'ignares. Bien que « l'instruction » ne soit pas, comme l'ont cru certains esprits naïfs ou généreux, la clé du bonheur ni de la vertu, un minimum s'affirme indispensable qui corresponde au niveau du traditionnel certificat d'études. On pourrait donc s'étonner de voir nos législateurs élever superbement la scolarité obligatoire jusqu'à 18 ans, multiplier les exigences de diplômes, souvent inutiles ou illusoires, prôner le bilinguisme, tout en laissant subsister d'aussi graves carences pédagogiques en nos campagnes. Il conviendrait d'assurer d'abord l'enseignement primaire et sous des formes adéquates.

Les *métiers* exercés se répartissent de la manière suivante :

61 % d'ouvriers agricoles et de fermiers ; 20 % de manœuvres, d'ouvriers d'usine et de bâtiment ; 7 % de commerçants, d'artisans ; 7 % d'employés, de représentants, de petits fonctionnaires ; 5 % de domestiques.

Abstraction faite des sujets âgés de moins de 21 ans, voici la *situation de famille* des autres : un tiers célibataires, deux tiers mariés. Parmi les mariés, 10 % sont veufs ou divorcés, 16 % sans enfants, 84 % avec enfants, dont 40 % possèdent plus de trois enfants (jusqu'à 14 enfants). La proportion des célibataires tient pour une large part au jeune âge (21 à 25 ans) d'un certain nombre de sujets. La majorité d'entre eux sont mariés et pourvus d'enfants. Là encore, la famille n'exerce pas un rôle exclusivement protecteur ; parfois même elle suscite la délinquance et la criminalité. A l'inverse, les anomalies de la conduite, les « tares » officiellement connues, réduisent, sans les annuler, les possibilités d'institution familiale.

Les *récidivistes* s'élèvent à 16 % des cas. Il s'agit surtout de vols, parfois d'actes sexuels, de coups et blessures, de vagabondage.

IV. — Du déterminisme des conduites

Sans entreprendre l'étude complexe du déterminisme des conduites anti-sociales, qui a nourri et longtemps encore nourrira de multiples travaux psychologiques, moraux, sociologiques et médicaux, nous ne croyons pas inutile d'examiner sous cet angle nos observations médico-légales, quelque imparfaits qu'en puissent être les résultats (1). L'existence ou non d'un processus pathologique, les aspects principaux de la causalité et de la finalité de la conduite dans le groupe considéré, peuvent être définis sans qu'il soit besoin de recourir au grand jeu de la criminologie (2).

(1) Nous envisagerons dans un autre article divers problèmes posés par l'expertise psychiatrique.

(2) Les ambitieux enthousiasmes de certains atteignent la démesure quand ils veulent ériger la criminologie en science des sciences de l'homme. Par exemple, Laignel-Lavastine et V. V. Stanciu (*Précis de criminologie*, Payot, 1950) qui, dans une vision synthétique en elle-même méritoire, juxtaposent des perspectives parfois inconciliables, tuent la psychologie, au profit de l'anthropologie et de la biotypologie, insèrent la biographie dans la biologie, etc...

A l'évidence, tout l'homme se trouve en chacune de ses conduites (amoureuse, religieuse, politique, ludique, laborieuse, etc..., aussi bien que criminelle). La science complète de l'homme résultera de la synthèse des connaissances de toutes les conduites, non de l'une d'entre elles, si privilégiée fût-elle.

1° Conditions anormales et processus pathologiques

Dans la moitié des cas existe un conditionnement plus ou moins anormal ou pathologique. Si l'on considère la modalité réactionnelle, on constate l'anormalité dans 50 % des actes d'appropriation et des actes agressifs, dans 60 % des actes sexuels. Parmi ces derniers, la proportion varie selon le type d'actes : 30 % pour les actes sexuels commis sur les enfants et les animaux, 40 % pour les actes commis sur les adultes, 60 % pour les exhibitions, 100 % pour l'homosexualité (vraie et rare). Les réactions destructives relèvent d'anomalies dans 82 % des cas ; le vagabondage dans 93 % des cas (1).

Ces pourcentages — faut-il le souligner ? — dépendent d'un double rapport, qui leur confère une double relativité. Premier rapport du groupe médico-légal à la population régionale ; deuxième rapport de l'expert au groupe d'inculpés ; nous y reviendrons ailleurs. Ces deux variables étant inhérentes aux conditions mêmes de l'expertise, nous croyons utile d'essayer de les « objectiver » plutôt que de tendre à les dissimuler.

Considérons maintenant plus en détail ce conditionnement tenu pour anormal.

En premier lieu s'impose l'estimation de l'intelligence des sujets. On ne s'étonnera pas de trouver chez eux 42 % de *déficience intellectuelle,* dont les degrés se distribuent pour 33 % à la limite de la débilité mentale, pour 53 % au niveau de la débilité légère ou moyenne, pour 14 % au niveau de la débilité profonde ou de l'imbécillité. L'idiotie n'a pas eu pour nous d'existence médico-légale, non plus que le génie. Quant à la simple médiocrité intellectuelle, elle nous a paru trop normale pour avoir besoin d'être chiffrée (2). L'insuffisance intellectuelle existait chez 30 % des agresseurs, 36 % des sexuels, 45 % des voleurs, 50 % des incendiaires, 70 % des vagabonds. Pareille progression a sa logique psycho-sociale.

(1) Aucun cas d'*exhibitionnisme* type Lasègue, rareté soulignée notamment par H. Ey (*Etudes psychiatriques,* II, 1950), M. Caron (De quelques aspects et problèmes médico-légaux de la délinquance sexuelle, *Evolution psychiatrique,* 1951, II).

La *pyromanie* obsessionnelle s'avère aussi très rare. Des modifications psychologiques mal conceptualisées et exprimées chez des sujets souvent arriérés déterminent la réaction incendiaire sans qu'il soit besoin de recourir à l'hypothétique « instinct pyrotrope » invoqué par J. Ollès, par exemple (La personnalité de l'incendiaire, *Evolution psychiatrique,* 1952, II).

(2) Cela s'accorde assez mal avec l'égalité du quotient intellectuel trouvée chez les enfants délinquants et non délinquants par Sh. Glueck et El. Glueck, dans leur intéressante enquête à Boston (*Unraveling Juvenile Delinquency,* New-York, 1950). Mais le groupement est bien différent.

Une autre banalité, *l'alcoolisme*, sévit dans le tiers des cas. Nous entendons l'ivresse ordinaire, l'alcoolisme aigu ou subaigu, l'alcoolisme chronique. Proportion sous-estimée, car une alcoolisation dépourvue de symptômes manifestes lors de l'examen, ou méconnue ou dissimulée dans l'anamnèse ou les témoignages, a sûrement échappé à notre statistique. Rappelons que l'alcoolisation, sinon l'alcoolisme franchement morbide, est très répandue dans la région. Cidre et eau-de-vie de cidre (« la goutte », qui s'enfle au volume d'un grand verre quotidien) sont les boissons élues. Parfois s'y ajoutent le vin, rarement les apéritifs. Les années à bonne récolte de pommes, la saison des battages, se traduisent par des parachutages serrés d'alcooliques à l'hôpital psychiatrique de Mayenne, privilège correspondant à celui des « bouilleurs de cru » (1).

L'alcool a joué un rôle dans 20 % des vols, 30 % des actes sexuels, 33 % des vagabondages, 50 % des incendies, 60 % des agressions. On sait combien l'alcoolisation diminue le pouvoir de contrôle et libère les tendances instinctuelles. Quand s'associent l'alcool et l'arriération mentale, on sait aussi ce que cela peut donner. Vu la fréquence de cette formule, on devrait plutôt s'étonner que les dommages ne fussent pas plus grands. Sans doute parce que l'efficacité des moyens d'action se trouve limitée à la fois par la déficience intellectuelle et par la déficience d'origine toxique ; peut-être aussi parce que l'aptitude agressive n'a rien de forcené dans la région, les Mayennais n'ayant pas coutume d'être des buveurs de sang. On pourrait opposer ce type réactionnel régional à celui des Nord-Africains par exemple, dont l'impulsivité agressive s'avère remarquable (A. Porot et J. Sutter, Ch. Bardenat) (2).

Les anomalies *caractérielles* (instabilité, hyperémotivité, schizothymie, paranoïa), le *déséquilibre* psychique comptent dans 12 % des cas.

Les perversions dites instinctives nous ont paru très rares, probablement parce que nous en avons modifié le concept classique, ainsi que le remarque à juste titre Bergeron (3).

(1) La loi du 15 avril 1954 est instituée contre les alcooliques, non contre l'alcoolisme. Son ambiguïté vis-à-vis de citoyens définis comme malades et traités comme criminels paraît regrettable à plus d'un titre.

(2) A. Porot et J. Sutter. — Le primitivisme des indigènes nord-africains. *Sud médical et chirurgical*, 15 avril 1939 ; Ch. Bardenat. — Criminalité et délinquance dans l'aliénation mentale chez les indigènes algériens. *Annales médico-psychologiques*. 1948, II, 317 et 468.

(3) M. Bergeron. — Les fugues et le vagabondage chez l'enfant. *Annales médico-psychologiques*, mai 1950, I, 537.

Les *névroses* obsessionnelles, épileptiques, sont intervenues seulement dans 2 % des cas.

Les troubles *thymiques* (dépressions, mélancolie, manie, cyclothymie) intéressent 4 % des cas.

Dans 5 % des cas, des *psychoses* passionnelles, paranoïaques, paranoïdes ont été rencontrées.

Les états *démentiels* (démence précoce, démence artériopathique, démence sénile) n'atteignent que 3 %.

Notons la rareté de la *simulation,* de l'ordre de 2 %, alors que P. Giscard, par exemple, souligne sa fréquence depuis la guerre. Plus fréquente est la sursimulation. Cela s'explique. La plupart de nos « clients » sont trop ignares ou trop novices pour recourir à un procédé dont ils connaissent mal les incidences juridiques. En outre, dans la région, le fou demeure encore un être marqué d'un sceau mystérieux et inquiétant. « Faire le fou », être « enfermé à La Roche-Gandon », cela reste à première vue indésirable, quoique l'opinion locale ait nettement évolué dans un sens favorable au cours de ces dernières années.

Aussi rare fut la réaction *suicide* liée à l'acte anti-social ou à ses conséquences immédiates. On ne saurait compter ici les idées anodines et d'expression purement verbale émises par un certain nombre de sujets incarcérés et qui s'ennuyaient de l'être, ou qui pensaient ainsi faire une politesse à la morale courante, apitoyer sur leur sort. L'affaire était à juger ; cela entretenait l'espoir. On sait aussi que les dispositions suicide et homicide ne se trouvent pas obligatoirement liées chez les mêmes individus.

Somme toute, la grande pathologie mentale s'affirme ici fort pauvre de réactions anti-sociales officialisées. La vedette revient sans conteste aux anomalies plus ou moins constitutionnelles (arriération mentale, troubles caractériels, déséquilibre psychique) et à l'alcoolisme. Hormis celui-ci, pas de toxicomanie, soulignons-le. De même, quant à l'absence de syphilis nerveuse, notamment de paralysie générale, le tréponème fréquentant peu la région.

Si la pathologie donne sa chiquenaude ou son plein combat dans la moitié des cas, elle ne fait, une fois sur deux, que faciliter la réalisation de conduites en elles-mêmes significatives et adaptées à un finalisme normal. Autrement dit, les trois quarts de l'ensemble des inculpés ont agi selon des processus psychologiques communs aux « honnêtes gens » et autres gens « nor-

maux » (1). Il nous reste à envisager cet autre aspect de la question.

2° Processus psychologiques

Qualifier « d'anti-sociales » les réactions délictueuses et criminelles résulte d'un jugement de valeur morale condamnant les actes individuels non conformes à l'ordre établi dans la société et codifié sous formes de lois et règlements. Cela n'implique nullement une « désocialisation », et, moins souvent qu'on paraît le croire, une opposition à la société ou une négation de celle-ci. Hors les cas très pathologiques, les réactions légalement condamnables, demeurent intégrées dans le groupement social auquel appartiennent délinquants et criminels. Il ne s'agit pas d'une psychologie d'exception, extra-sociale. Nos observations en sont un bon exemple du fait de l'étroitesse de leurs limites et de leur homogénéité.

La plupart de nos gens sont simples, ignorants, il ne font pas plus de littérature qu'ils n'en lisent, ils fréquentent très peu le cinéma, n'écoutent guère la T.S.F., ils ne se laissent point taquiner par des analyses abyssales, ils ne méditent longuement ni sur leur sort, ni sur l'organisation sociale, ni sur le sens de l'humanité. Ce sont de petits hommes et qui vivent ; ils agissent selon leurs tendances dans des circonstances données, lesquelles ne sont pas toujours celles qu'autorisent ou que tolèrent la morale et la loi.

Le *désir* ou le besoin quête *l'occasion ;* l'occasion actualise le désir. Ici règne la *facilité :* un porte-monnaie sur une table, une bicyclette contre une haie, une fille dans une grange, à qui veut les prendre, une meule de foin sec attirant l'allumette, une femme irritante attirant les coups. Action facile, immédiate, satisfaisante. Les moyens d'exécution sont réduits au minimum, avec peu ou pas de préparation. La complicité, l'association en « bande » restent rares.

On retrouve un certain automatisme de répétition, une sorte de spécialisation dans la modalité réactionnelle, bien connue en

(1) Insister sur la prévalence de certaines dispositions, sur le groupement de certains facteurs morbides ou de certaines tendances ne vise nullement à ressusciter le « criminel-né », de lombrosienne mémoire. Aussi nous garderons-nous d'adopter le concept plutôt dangereux et inadéquat « d'encéphalose criminogène », que Bachet voudrait rendre plus maniable, sinon plus clair, en qualifiant de « fonctionnelle » et de « curable » l'hérédité psychologique, ce qui n'apporte rien de démonstratif. (*Les encéphaloses criminogènes,* Foucher, sans date d'édition).

criminologie. Les voleurs restent des voleurs, les agresseurs continuent leurs agressions, les sexuels réitèrent leurs outrages et attentats, les incendiaires tendent à incendier. Cela s'explique en partie par la permanence des mêmes conditions sociales défectueuses (misère, chômage, désadaptation sans possibilité de réadaptation, etc...), en partie par la prédominance de tendances réactionnelles agressives, captatives, sexuelles, etc..., sans parler du goût du risque, du sport ou de la révolte. Bien entendu, notre lot comporte aussi des polydélinquants qui mêlent, au gré des circonstances, vols, coups, attentats à la pudeur, meurtres.

Quelques observations concrètes ne seront pas inutiles, que nous répartirons selon trois modalités réactionnelles :

a) *Réactions d'appropriation*

1. — Daniel R., âgé de 20 ans, ouvrier agricole, le quatrième d'une famille de 17 enfants ; ses parents sont travailleurs, honnêtes, sans tares psychopathiques.

Bonne santé. Morphologie normale. Rien de notable dans ses antécédents personnels, sauf l'absence de certificat d'études, malgré une fréquentation scolaire régulière. Daniel sait lire, écrire, compter.

Les deux dernières années, il déroba de petites sommes d'argent à ses patrons. Placé chez un autre fermier, il continua jusqu'à ce que celui-ci s'aperçut d'un « trou » de 98.000 fr. Par ailleurs, il travaillait fort bien et donnait toute satisfaction.

Bien que payé, Daniel trouvait son salaire insuffisant pour ses besoins. Il voulait s'acheter une montre, des chemises plus élégantes, etc..., fréquenter les bals et les cinémas, offrir généreusement « des tournées aux copains ».

A l'examen, Daniel n'offre aucun signe pathologique, mais son niveau mental se révèle à la limite de la débilité. Caractère fermé, personnalité peu développée, activité sexuelle exclusivement masturbatoire. Conduite délictueuse très consciente et utilitaire, facilitée par la négligence patronale, poursuivie sans prudence ni prévision des inévitables conséquences.

Les commentaires sont simples. La conduite résulte de la convergence de trois ordres de facteurs :

1° médiocrité intellectuelle, insuffisance de contrôle ; 2° désir de puissance, sous forme captative, utilitaire, mais aussi sous forme expansive, visant à subjuguer les camarades ; 3° facilité itérative de l'acte.

2. — Agé de 33 ans, Maurice T. naquit le dernier de 7 enfants. Un frère et une sœur furent internés. Cette dernière était une vieille fille

bossue, atteinte de névrose obsessionnelle. Famille honorable et bien pensante. Maurice aurait eu un premier développement normal. A trois ans, une scarlatine (?) fut suivie d'hémiplégie droite. Depuis l'âge de 12 ans il souffrirait parfois de crises d'épilepsie. Il acquit néanmoins le certificat d'études primaires et un certificat de comptabilité. Employé chez un notaire, puis dans une institution sociale temporaire, il ne retrouva plus d'emploi. Il ne travaille plus depuis cinq ans, et vit chez ses parents âgés, avec la vieille sœur obsédée.

Maurice est un infirme moteur. Il présente une hémiplégie droite spasmodique, avec amyotrophie, raccourcissement du membre inférieur, flexion du membre supérieur, avec impotence manuelle. Chétivité, maigreur, caries dentaires, organes génitaux normaux, mais petitesse testiculaire.

Il se distrayait par la lecture, par le collectionnisme (épingles, boîtes d'allumettes, timbres-poste, etc...), par des masturbations banales, parfois le coït avec des prostituées. Mais, depuis qu'il ne travaille plus, il ne dispose plus d'argent et se trouve à peu près privé de toutes les distractions payantes.

C'est dans ces conditions que, étant à l'église d'A., il remarqua une jardinière et un vase en faïence. « En les voyant, dit-il, il m'est venu la pensée de les prendre pour les négocier, une pensée idiote. » Il les cacha dans sa serviette et les vendit 500 fr. chez un brocanteur. Cinéma, cigarettes. Puis il alla chez Monseigneur l'Evêque solliciter une recommandation pour un emploi. En attendant d'être reçu, il avisa dans le salon une bonne vierge en faïence et deux charmantes petites chouettes en bois ; il les déroba et en tira 750 fr. Cinéma, cigarettes, auxquels s'ajoutèrent quelques apéritifs pour fêter une chance aussi providentielle. A l'église de C., une paire de chandeliers en cuivre lui rapporta 300 fr. Il y retourna aussitôt prendre la deuxième paire, puis, dans une autre église, en chercha une troisième, et une quatrième paires, d'où 1.500 fr. de bénéfice. Cinéma, cigarettes, apéritifs. Mais la fugue d'autant de chandeliers causa sa perte.

Vols conscients, utilitaires, pleinement reconnus par l'inculpé. Maurice se montre lucide, mnésique, d'intelligence normale. Pensée cohérente, langage adéquat, idéation lente. Pas de troubles thymiques, d'obsessions, de phobies, de délire, etc... L'épilepsie, dont on peut douter qu'elle se fût manifestée d'aucune manière dans les dix dernières années, n'est certainement pas intervenue dans la conduite délictueuse de Maurice.

Infirme, petit psychasthénique, arriéré affectif incarcéré dans sa famille, Maurice n'avait même plus les petites satisfactions que lui permettait jadis une occupation salariée. Après tant d'inhibitions et de frustrations se manifesta soudain un « apétit de puissance », à vrai dire fort modeste, d'où le vol d'objets

très accessibles, dans les lieux familiers. Compensations qu'au fond de lui-même Maurice n'était pas loin de trouver légitimes, sorte de revanche sur son triste sort. Ce scrupuleux pratiquant, qui confessait méticuleusement chacune de ses masturbations, appelées « faiblesses », n'eut aucune réaction anxieuse, aucune « crise morale », aucun sentiment d'indignité sacrilège après ses vols. Il ne vit même pas le prestige du démon dans le plaisir du film, de l'apéritif et de la cigarette.

b) *Réactions sexuelles*

3. — Clément G., âgé de 18 ans, neuvième de 10 enfants, appartient à une famille de petite vertu éducatrice. Sa mère, alcoolique, fut condamnée pour vol ; un de ses frères fut également condamné pour vol.

Fréquentation scolaire irrégulière. Clément reste à peu près illettré. Bon état général. Puberté acquise. Caractère assez difficile. Ouvrier agricole chez un fermier.

Clément n'aurait rien eu de remarquable, ni de remarqué, s'il n'avait manifesté une propension trop insistante à l'intimité avec les vaches et les juments de son patron, ce qui lui valut d'être inculpé d'outrages publics à la pudeur. Un frère aîné l'avait initié, deux ans plus tôt, à ce genre d'exercice.

« Bestialité », bien sûr, mais non point perversion instinctuelle. Tourmenté par ses besoins sexuels, incapable de les satisfaire par la conquête de l'objet féminin adéquat, il substitua à celui-ci des animaux tenus, à certains égards, pour équivalents. Cela le changeait un peu de ses monotones masturbations. Il agit par imitation, il persévéra par facilité, puis par habitude. En fait, il eût préféré une fille, mais vaches et juments lui étaient plus accessibles. Il faut dire que notre séducteur atteignait le niveau de la débilité mentale légère, ce qui joua un rôle certain dans le déterminisme de sa conduite (1).

4. — Agé de 36 ans, le plus jeune de deux enfants, René G. appartient à une famille normale. Rien de notable dans ses antécédents.

(1) Dans une région où les relations sociales sont limitées et connues, où les prostituées professionnelles indépendantes sont rares, la fermeture des maisons que l'on disait déjà « closes » a supprimé une voie de dérivation plus utile que nuisible, sans bénéfice pour la « morale ». On est étonné du nombre de jeunes paysans timorés, incapables d'initiative efficace en matière de conquête féminine, et qui se rabattent sur leur petite sœur ou celle du voisin, quand ils ne prolongent pas jusqu'à un âge trop avancé une masturbation trop égoïste.

Pas de certificat d'études. Alcoolisation moyenne, sans manifestations pathologiques. Prisonnier de guerre cinq ans, il demeura ouvrier et célibataire. Il était, sinon continent, du moins privé de femme depuis plusieurs mois.

Par une chaude matinée de juillet, René taillait une haie. Une femme sur la route arrivait à bicyclette, cuisses nues à demi-découvertes. « J'ai été pris, explique René, d'un besoin rubrique. » Rouge peut-être, lubrique sûrement, René exhiba sa verge et se masturba d'extrême urgence. La femme eut l'indélicatesse de s'arrêter, de l'injurier, puis de porter plainte.

Hormis ce petit raptus sexuel, rien d'anormal chez René. D'intelligence ordinaire, non débile, il n'était pas ivre ce jour-là. Il ne connaissait pas la femme et n'avait pu nourrir de phantasmes érotiques à son sujet. La proximité de l'objet féminin subconsciemment convoité suffit à provoquer l'érection — phénomène en somme normal —, mais avec passage immédiat à la satisfaction — phénomène impulsif non maîtrisé, d'où l'incongruité de l'acte.

5. — Auguste G. est un vieil artisan cordonnier de 77 ans, tordu par une cypho-scoliose, myope, atteint d'une cataracte unilatérale et d'une certaine hypoacousie. Il n'a rien d'un bandit ni d'un don Juan. On lui reproche seulement d'avoir, au cours des quinze dernières années, « attenté à la pudeur » d'une demi-douzaine de filles âgées de 11 à 15 ans, et d'autres sans doute qui s'abstinrent de se faire connaître.

Cela se passait dans l'échoppe, ou plutôt dans une chambre, au premier étage, à l'occasion des ressemelages. Il « touchait » les fillettes, se faisait masturber, voire « sucer ». Jamais il ne commit de violences ni de coït ; les filles étaient consentantes. Notre cordonnier savait travailler le cuir en douceur ; il était prudent. Mais pourquoi agit-il ainsi ? Voyons sa biographie.

Fils unique d'une famille sans histoire, Auguste fréquenta peu l'école, où il apprit cependant à lire, écrire, compter. Apprenti-cordonnier dès l'âge de 13 ans, il ne devait jamais changer de métier et demeura installé dans le même village. Marié à 27 ans, il divorça à 32 ans, sa femme l'ayant abandonné au profit (?) d'un amant. Il resta seul avec un fils, qu'il éleva lui-même. Il ne fut pas tenté par une deuxième expérience conjugale. Quelques maîtresses occasionnelles lui suffirent, sans concubinage.

Avec l'âge, les femmes serviables se firent rares ou trop payantes. Il en fut réduit aux pratiques masturbatoires avec phantasmes compensateurs. De là à saisir l'occasion facile et sans complication immédiate, il n'y avait qu'un pas, vite franchi, dès qu'une fillette parut se prêter au jeu. Auguste y prit goût, par une pédophilie d'usage, pourrait-on dire, « perversion » acquise tardivement.

Aucun processus pathologique n'a déterminé cette conduite. Pas de démence sénile chez ce vieillard encore alerte malgré son aspect, l'esprit vif et lucide, le langage assez précis et adapté, capable de réticence, de rouerie, d'aisance défensive. « Les enfants sont un peu vicieuses », nous dit-il avec le sourire indulgent d'un bon grand-père, « les voisins peuvent m'en vouloir », « on en raconte beaucoup plus qu'il y en a », etc... Pas d'épilepsie, d'obsessions, etc..., ni même d'alcoolisme.

6. — Eugène B., 47 ans, l'air légèrement abruti, la conjonctive subictérique, le foie gros, se montre lucide, placide, confortablement installé à la limite de la débilité mentale. Des ivresses au cidre et à l'eau-de-vie, fréquentes depuis une quinzaine d'années, ont abouti à une détermination digestive beaucoup plus que nerveuse.

Aîné de deux enfants, de père alcoolique, Eugène fut garçon de ferme dès 11 ans. Il devait s'élever au rang de fermier. Marié à 27 ans, il procréa neuf enfants (trois garçons, six filles), âgés de 1 à 19 ans.

Trois ans plus tôt, sa femme fut hospitalisée six mois pour une fracture accidentelle du membre inférieur. Eugène, avec une simplicité biblique, promut à l'ancienneté sa fille Simone au remplacement de sa femme. Il n'eut pas à exercer de violences. Selon les circonstances, chambre, étable, grenier, champ étaient le lieu de la fornication. Souvent Eugène était ivre, parfois il ne l'était pas du tout. L'habitude était si bien prise et la chose si commode que les rapports sexuels continuèrent après le retour de la femme à la ferme.

Alcoolisme et insuffisance intellectuelle ont fait le lit de l'inceste. Mais il fallut un événement fortuit (le départ de la femme) pour que s'accomplît un acte facilité par la promiscuité habituelle. Satisfaction physiologique du besoin sexuel sans égard aux conditions morales ni aux conséquences sociales).

c) *Réactions agressives*

7. — Inculpé « d'incendie volontaire », René S. reconnaît les faits sans difficultés. Le dernier de trois enfants, de mère alcoolique, il quitta l'école sachant lire, écrire, travailla comme garçon de ferme, fut réformé du service militaire pour « faiblesse de constitution ». Célibataire, alcoolique habituel (cidre, eau-de-vie), il était âgé de 30 ans lors de notre examen.

René travaillait depuis onze ans chez le même fermier lorsque, étant ivre, il se battit avec un autre garçon de ferme. Le patron le renvoya. René trouva cela injuste et partit travailler ailleurs, sans réagir.

Plusieurs mois plus tard, rentrant un dimanche soir en état de légère ébriété, il avisa le champ appartenant à son ancien patron. Il

y pénétra, satisfit d'abord sa vindicte en y déféquant copieusement. Soulagé sans doute, mais pas en totalité, il aperçut une meule de foin et y mit le feu. Puis il s'en alla, content de lui.

Atteint de débilité mentale légère, chétif, de petite taille (1 m. 52), René présente un subictère conjonctival, une hépatomégalie, un tremblement digito-lingual, qui traduisent l'alcoolisme chronique. Il éprouvait un vague sentiment d'infériorité physique et sociale, aiguisé en ressentiment lorsqu'il perdit une place où il avait depuis longtemps pris ses habitudes.

Mais il fallut un temps de maturation, il fallut surtout l'occasion d'une ivresse pour que se manifestât clairement l'idée de vengeance et le passage à l'acte ou plutôt aux actes. Le premier acte, défécatoire, marquait le mépris et remplaçait l'apostrophe homérique, mais il n'atteignait guère son objet. Le deuxième acte, incendiaire, était destructeur, préjudiciable au patron, il exprimait contre celui-ci une agression indirecte, à défaut d'une agression directe que notre homme eût été incapable de mener à bien. D'ailleurs, sa vengeance était limitée, il ne voulait pas incendier la ferme : « Il faut être raisonnable », dit-il sentencieusement.

8. — Marie M., âgée de 50 ans, petite, adipeuse, ménopausée, était l'aînée de 8 enfants. Rien de particulier dans la famille ni dans le développement de l'intéressée. Elle obtint le certificat d'études à 13 ans et travailla comme fille de ferme. Bien portante, de caractère coléreux, elle s'alcoolisait plus ou moins avec du cidre et de l'eau-de-vie, mais ne présenta pas de troubles manifestement pathologiques.

Après avoir eu quelques « fréquentations », Marie, à 33 ans, épousa Jean-Baptiste M., qui avait l'avantage d'être veuf et fermier, mais l'inconvénient d'être pourvu d'un jeune garçon, Baptiste. Deux ans plus tard, Marie devait y joindre une fille, Alice. Les disputes étaient fréquentes, à thème surtout d'intérêt. Le mari buvait un peu.

Or, le 28 juillet au soir commença, comme tant d'autres fois, une discussion au sujet de Baptiste. Marie s'opposait à ce que son beau-fils continuât de travailler à la ferme, ainsi que le voulait le père, car la ferme ne rapportait pas assez. « Tu m'achales », dit-elle à son mari, déjà couché, en lui portant « machinalement » à la tête un coup du couteau avec lequel elle achevait son dîner. Après quoi elle appliqua consciencieusement des compresses d'eau froide sur la tête de l'homme geignant.

Au matin, chacun vaqua à ses travaux quotidiens. Vers 9 heures, la dispute reprit à l'étable. Marie giffla, griffa et finalement, à coups de bâton, assomma son mari, qui s'écroula, mort. Marie était calmée. L'idée lui vint de simuler un suicide.

Avec l'aide de sa fille, elle transporta le cadavre dans une brouette, à quelques centaines de mètres, et le renversa dans un « douai », petit lavoir peu profond, en prenant soin de poser à côté le chapeau de paille du défunt. Puis elle fit semblant de chercher son mari, alerta son beau-fils Baptiste, avec lequel elle sortit le cadavre de l'eau et le ramena en brouette à la ferme. Une petite friction symbolique à l'eau-de-vie consacra un inutile geste de charitable réanimation. Réflexion faite, la thèse de suicide paraissant devoir susciter des difficultés, notamment pour les obsèques religieuses, on y substitua celle de la mort naturelle. Par malheur, le médecin refusa le permis d'inhumer.

Marie se montre, à l'examen, lucide, d'intelligence ordinaire, mais non débile; ergoteuse, menteuse. Elle tente d'accréditer la thèse de l'accident, puis de faire soupçonner son beau-fils. Elle s'efforce en vain de pleurer. « Je suis bien vexée de cette histoire-là », conclut-elle avec sincérité, cette fois. Aucun processus pathologique n'apparaît. Tout au plus l'alcoolisation a-t-elle pu augmenter l'irascibilité et l'impulsivité de Marie, dont l'état post-ménopausique n'avait rien que de banal.

Psychologiquement, le meurtre résulte ici d'une longue maturation affective (nous ne disons pas préméditation rationnelle). Un mari de caractère faible ; un beau-fils, charge étrangère, porteur d'un héritage maternel, objet d'envie et source d'hostilité pour une femme acariâtre, possessive, dominatrice. L'existence du beau-fils était vécue comme une frustration permanente par rapport à sa fille Alice, à laquelle seule Marie est attachée, de laquelle elle se préoccupe.

Amour exclusif pour sa fille, en laquelle elle projette ses espoirs de jeunesse. Haine latente, et parfois patente, pour son beau-fils, finalement dérivée contre le mari, responsable de l'existence du beau-fils, responsable de son maintien à la ferme et de la part prise sur le bénéfice déjà maigre de l'exploitation, plaie d'argent devenue mortelle.

L'accumulation des disputes et des griefs, l'habitude prise d'en venir aux mains, l'obscur désir de vengeance, expliquent la réaction agressive plus violente aboutissant au meurtre par exaspération. Psychologie fruste, mais âpre, de paysanne, dont le drame longuement vécu se révèle en même temps qu'il s'achève en un geste irrémédiable (1).

(1) Parmi les meurtres et assassinats est remarquable la forte proportion de femmes : 45 %, au lieu de 17 % dans l'ensemble des cas. La victime est toujours le mari. Au contraire, chez nos hommes meurtriers, il s'agit rarement de la femme. Il ne faudrait pas y voir seulement une rébellion de « l'esclave ».

9. — Inculpée « d'assassinat » sur la personne de son mari, Louise P. est âgée de 26 ans. La cinquième de 12 enfants, l'une de ses sœurs (24 ans) fut internée pour débilité mentale, avec troubles de l'humeur et du caractère. Son père, cultivateur, buveur « comme tout le monde », brutal, mourut d'une fièvre typhoïde à 42 ans, neuf ans plus tôt. Mère en bonne santé.

Bien portante, menstruée à 16 ans, Louise fut élevée avec dureté. Elle manqua souvent l'école, où elle n'apprit guère qu'à lire et écrire. Elle accomplit ses trois communions et pratique régulièrement. Domestique de ferme, elle donna satisfaction. Aucune anomalie de comportement.

Vers 21 ans, elle eut un premier amant, puis un deuxième, Eugène P., de même âge qu'elle, cultivateur à la ferme de ses parents (à lui). Elle devait bientôt se faire épouser. Elle vécut chez ses beaux-parents, s'entendit mal avec eux. Au bout d'un an, le jeune ménage s'installa dans un autre lieu, la « Maison neuve ». Louise en fut soulagée, sans qu'il y eût davantage de sérénité familiale.

Le samedi soir 29 avril 1951, Louise se disputa avec son mari. Elle voulait conserver pour elle la moitié de la vente du lait. Eugène refusa, comme d'habitude, et garda tout l'argent. Il s'enivra à demi, puis le couple se coucha vers 10 heures. Pas de rapports sexuels. Louise trouvait son mari brutal, égoïste ; l'idée lui vint de s'en débarrasser. Vers 11 heures et demie, elle se leva, alla chercher une corde dans la laverie en s'éclairant avec une lampe électrique. Revenue près du lit, elle passa rapidement le coulant autour du cou de son mari et tira de toutes ses forces. Puis elle constata qu'il était mort.

Alors, elle craignit « qu'on la ramasse ». « J'ai vu que j'avais mal travaillé. » Elle crut sage de simuler un suicide. En tirant sur la corde, elle fit tomber le cadavre à terre et le traîna jusqu'à un hangar voisin. Là, laissant le corps couché, elle se contenta d'attacher la corde à la poignée d'une porte.

Elle partit ensuite, au milieu de la nuit, pour voir son amant, Robert, fils de son patron. Elle voulait l'avertir qu'elle avait « mal travaillé ». Robert la renvoya chez elle sans vouloir rien entendre. Elle s'en fut coucher, mais ne dormit guère.

Le lendemain dimanche, Louise se rendit, comme il se doit, à la messe de 7 heures. Vers 9 heures et demie, elle annonça à ses beaux-parents la découverte du cadavre de son mari. Elle voulut que sa belle-mère vînt voir le corps. Elle affirma le suicide.

Louise n'exprima aucune idée de suicide. En prison, elle s'alimenta et dormit bien. Elle s'occupa avec conscience aux divers travaux ménagers que lui confièrent les gardiennes.

A l'examen, Louise apparaît physiquement normale, musclée, râblée, mais de petite taille (1 m. 48). Présentation lucide, calme, fermée. La tête à demi-baissée, le front têtu, elle regarde par moment bien en face, droit dans les yeux. Ses réactions sont du type « tout ou rien ».

Rétraction complète et défensive, ou détente brusque. Ou elle répond avec rapidité et brièveté, ou elle reste muette, avec un entêtement de mule. Elle nie en bloc pour se défendre, refuse la discussion, se montre insensible à l'argumentation logique. Plusieurs entretiens sont nécessaires pour modifier son attitude.

Louise est d'une intelligence très médiocre, à la limite de la débilité mentale. Ses capacités d'abstraction, d'analyse, d'imagination sont très réduites ; attention, mémoire, jugement sont meilleurs. Elle discerne nettement le bien du mal, est capable d'apprécier comme il faut les événements concrets, elle réagit avec une intuition affective et une émotivité normales. Elle n'offre aucun signe psycho- ou névropathique. Mentalité fruste, réactions simples et globales. La date du meurtre correspond au quinzième jour post-menstruel, période dépourvue de modifications nerveuses notables chez l'intéressée.

De quel processus psychologique résulta l'acte criminel ? Tout d'abord, dès l'enfance, le sentiment d'être malheureuse, surtout dans l'ordre matériel, et le désir progressif de sortir d'une situation précaire. D'où le mariage avec Eugène, par intérêt, non par amour. Dans une deuxième période, conflits utilitaires et sexuels avec les beaux-parents et le mari. Louise voulait posséder la terre, « le bien », l'argent. Elle voulait devenir la patronne. Le mari la savait infidèle et lui avait proposé le divorce, qu'elle avait refusé. C'est là que se noua le nœud affectif de la conduite criminelle, qualifiable de passionnelle.

Possessive, Louise ne voulait à aucun prix « quitter la maison ». « Je m'y plaisais, dans cette petite maison-là », dit-elle avec tendresse. Attachée à un bien matériel alors qu'elle s'était détachée de l'homme qui en conditionnait la propriété, celui-ci lui devint un obstacle, un objet de rancœur et de rancune. Cette évolution fut facilitée par une fixation sensuelle ou sentimentale à un autre homme. Peut-être imagina-t-elle exploiter tendrement avec le troisième homme ce que lui aurait laissé le deuxième. D'autre part, l'ignorance et la médiocrité intellectuelle de Louise ont joué un rôle évident dans la procédure homicide.

10. — Roland J., âgé de 19 ans, est inculpé du « meurtre » de sa sœur, âgée de 7 ans. Né à terme, le troisième de 7 enfants (6 garçons, une fille, Berthe, la plus jeune) ; premier développement normal. Elevé par ses parents, il fréquenta l'école sans y apprendre grand'chose. Il resta travailler dans la ferme paternelle. Bonne santé. Pas d'épilepsie ni d'alcoolisme. Rien d'anormal dans les antécédents familiaux.

La conduite de Roland avait déjà laissé à désirer : fugues à 9, 10, 12 et 13 ans. A 12 ans, il plume vivants deux pigeons ; à 13 ans, il vole

une montre, à 17 ans deux bicyclettes. Jugé et remis à ses parents sous le régime de la liberté surveillée, il devait rester tranquille jusqu'au meurtre. Physiquement normal, on ne peut guère relever qu'une légère asymétrie faciale, une implantation basse des cheveux, une voûte palatine ogivale.

Résumons l'examen mental. Roland se montre lucide, mnésique, placide, il s'exprime d'une manière peu nuancée, mais adaptée. Aucun symptôme psychopathique ; niveau intellectuel : 11 ans ; discernement suffisant, médiocrité intellectuelle. L'analyse psychologique révèle le développement contrarié de deux sortes de tendances, les unes captatives, les autres sexuelles.

De caractère renfermé, solitaire, Roland se reployait davantage à mesure que s'accentuait son opposition au milieu familial. Sans éprouver de haine explicite, Roland se sentait opprimé surtout par sa mère, qui lui commandait son travail et le réprimandait. Ses parents préféraient son frère Raymond (17 ans), dont il était consciemment jaloux, et sa sœur Berthe. Roland s'entendait mal avec l'aîné Joseph (21 ans), mais aimait bien Gervais (20 ans). Depuis l'âge de 9 ans, Roland souffrait de ces conflits affectifs permanents, qui avaient suscité chez lui des réactions de révolte : l'énurésie, la défécation dans le pantalon, les fugues quand il était puni ; le vol de bicyclettes, quand ses parents en avaient offert à ses frères et pas à lui, etc... Il ne disposait d'aucun argent. Il n'avait été jamais au bal ; une seule fois au cinéma, six mois plus tôt. Sentiments de frustration matérielle et affective, jalousie progressive, réactions d'opposition, isolement moral au sein de la famille, à laquelle Roland demeurait néanmoins intégré.

Alors se développèrent les tendances sexuelles, ce qui n'arrangea pas les choses. Depuis deux ou trois ans, Roland se masturbait, ce que l'on ne saurait physiologiquement lui reprocher. Il désirait les filles, sans savoir comment s'y prendre pour se satisfaire. Ce puceau timide avait toutefois l'indiscrétion de regarder uriner sa sœur Berthe. Ses frères et les bêtes ne lui disaient rien.

Quelques semaines avant le meurtre, l'idée lui vint d'essayer des rapports sexuels avec sa sœur. Pas de lutte, pas d'obsession. C'était affaire de commodité. Le samedi, il pensa qu'il pourrait « se débrouiller » le lendemain.

C'était l'après-midi d'un dimanche ensoleillé d'avril. Les parents étaient avec des voisins, les frères partis, Roland resta seul avec Berthe, qui jouait au palet dans la cour de la ferme. Il l'entraîna dans une « loge », réduit à pommes de terre. Il la coucha sur la paille, lui enleva sa culotte, et, à genoux sur elle, en érection, il lui introduisit d'abord le doigt dans le vagin. Mais l'enfant se débattait et criait de plus en plus fort. Roland prit peur, il lui serra le cou pendant plusieurs minutes. « J'ai vu qu'elle était morte, parce qu'elle ne bougeait plus », dit-il. Plus d'érection, pas de masturbation ni d'utilisation érotique du cadavre.

Que faire ? Simuler un accident. Roland porta le cadavre dans une prairie voisine, où déambulaient des chevaux. La mère découvrit l'enfant et crut, en effet, à un accident. Mais le médecin diagnostiqua l'asphyxie.

Lors de la découverte du cadavre, Roland fut ému. Il avoua vite, pleura ; il « aimait bien » sa petite sœur, il ne voulait pas la tuer. Triste, inquiet, inhibé, il eut plusieurs nuits des cauchemars reproduisant la scène du meurtre. Pas d'idées de suicide.

Ainsi liés, l'acte sexuel et l'acte homicide doivent être distingués.

1° L'acte sexuel répond à une tendance instinctuelle en elle-même normale, mais dont l'objet, sœur et fillette de 7 ans, est anormal. Les freins moraux habituels n'ont pas joué. Roland a agi en primitif, non en pervers. Il reste capable d'émotions tendres, il demeure accessible à la moralité traditionnelle. C'était un premier essai hétérosexuel. La seule fille à sa portée et qui fût à première vue docile, passive, était sa sœur. Peut-être encore la choisit-il parce qu'elle était précisément membre de la famille, d'où revanche possessive, affirmation de puissance en même temps qu'assouvissement sexuel.

2° Si l'acte sexuel était conscient, réfléchi, volontaire, il en fut autrement pour l'acte meurtrier subséquent. La peur d'être découvert, l'acte impulsivement défensif de strangulation pour supprimer les cris de la victime, s'expliquent par la situation même. Mais d'autres composantes sont sans doute intervenues. Tout d'abord, l'excitation sexuelle contrariée rend le mâle agressif et l'oriente vers l'attaque et la destruction de l'obstacle. Ensuite, inconsciemment, cette circonstance permettait une décharge agressive contre Berthe, la plus gâtée, celle dont il était jaloux au fond tout en l'aimant, peut-être transposition de la mère, ambivalence du complexe d'Œdipe. L'échec sexuel, la réaction impulsive de défense, la décharge agressive ont déterminé le dernier acte du drame psychologiquement préparé depuis longtemps.

3° Individualisation et socialisation

Si sommaires qu'elles soient, ces indications sur le déterminisme des conduites délinquantes et criminelles en montrent la complexité et combien l'acte dit anti-social ne saurait être isolé de la personnalité de l'acteur et du milieu dans lequel il vit : notions devenues banales.

De la masse des faits observés se dégagent deux caractères généraux sur lesquels nous voudrions davantage insister : d'une part l'individualisation des situations, d'autre part leur socialisation, sans qu'il s'agisse ici d'une opposition factice ou d'une contradiction entre l'individuel et le collectif.

Individualisation de la situation en ce sens que, en chaque cas, un jeu particulier de circonstances et de conditions aboutit à la réalisation de l'acte. Telle circonstance, telle condition varient d'un cas à l'autre ; selon la situation, l'accomplissement de l'acte peut dépendre de l'absence comme de la présence de la même circonstance ou condition, et celle-ci peut être de nature très diverse (génétique, éducative, physique, pathologique, morale, sociale...). Il s'agit chaque fois d'un événement historique particulier, qui pourrait apparaître également fatal ou contingent, selon le point de vue philosophique adopté.

Socialisation en ce sens que l'acte délictueux ou criminel n'a de sens et d'existence qu'en fonction d'une société donnée, en un temps et un lieu définis. Cette évidence générale admet diverses nuances spéciales.

L'intégration sociale de la conduite dite anti-sociale s'opère d'une manière concrète beaucoup moins par rapport à un système universel (lois morales et juridiques, principes d'une civilisation), que par rapport au système de représentations et d'impératifs collectifs existant dans le groupement auquel appartient l'individu considéré. C'est bien pourquoi l'échelle de valeur et l'aspect criminologique changent selon les milieux ruraux, citadins, ethniques, etc..., soumis cependant aux mêmes lois doctrinales. C'est pourquoi nos Mayennais possèdent leur « style criminologique » de caractère rural et de l'Ouest. C'est pourquoi, et nous reviendrons ailleurs sur cette importante considération, l'appréciation par l'expert du « discernement moral » de l'individu doit tenir compte du genre de « moralité » du groupement social dont fait partie le sujet.

V. Conclusions

De cette étude des réactions anti-sociales dans la Mayenne nous retiendrons ici quelques traits caractéristiques.

1° La modalité réactionnelle s'avère du type simple, immédiat, facile. La moralité en action revêt un aspect en général fruste, tenant aux mœurs rurales du groupe considéré, plus près de la nature ondoyante que du droit momifié.

La prépondérance relative des réactions sexuelles en témoigne. Bestialité, inceste, utilisation d'enfants, le plus souvent sans violences physiques, remplissent avec monotonie la rubrique judiciaire des attentats et outrages publics à la pudeur.

La réaction incendiaire est propre à la campagne, redoutée et condamnée. Relativement rares sont les réactions agressives très graves, meurtrières.

Cinéma, livres, radio exercent ici très peu d'influence. On doit le souligner.

2° La structure familiale demeure consistante et serrée. Pas plus de 20 % de familles « dissociées ». Majorité de familles nombreuses. Le nombre ne protège pas.

3° L'instruction se révèle très insuffisante chez 80 % des délinquants et criminels, ce qui, à peu de chose près, ne leur est pas propre, l'enseignement primaire n'ayant pas atteint dans les campagnes les buts officiellement fixés.

4° Chez 42 % des sujets examinés se révèle une insuffisance intellectuelle, allant de la limite de la débilité à l'imbécillité. Prédominance chez les voleurs et les vagabonds.

Dans l'ensemble, la moitié des sujets présentent une anomalie ou un processus psychopathique. Le tiers ont des déficiences morpho-physiologiques.

5° L'alcoolisme mérite l'honneur d'une mise en vedette. Il existe au moins dans le tiers des familles et chez le tiers des sujets examinés. Il joue un rôle prépondérant dans les réactions sexuelles et surtout agressives. Cidre et eau-de-vie de cidre sont en cause comme ailleurs le vin, les cocktails, les apéritifs. Le procès de l'alcoolisme n'est plus à faire ; mais ce sont les parlements qui s'y trouvent condamnés.

6° On peut jusqu'à un certain point parler d'un style criminologique régional ou ethnique, variant avec le système d'intégration sociale du groupement considéré.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 28 juin 1954

Présidence : M. B. LOGRE, président

Décès du Docteur G. MEDAKOVITCH

M. B. LOGRE, *président.* — MES CHERS COLLÈGUES. C'est avec une émotion douloureuse que nous avons appris la mort du Dr Georges Medakovitch, victime d'un accident d'automobile en Yougoslavie, le 1er juin dernier. La Société médico-psychologique se doit de saluer la mémoire de ce confrère éminent, arraché par une fin tragique, à notre sympathie et à notre estime.

Le Dr G. Medakovitch a longtemps travaillé en France, notamment à la Salpêtrière et à Sainte-Anne. Il a publié, soit seul, soit avec les maîtres de la neuro-psychiatrie française, maints travaux d'anatomie pathologique : en particulier, signalons sa thèse sur le gliome, Paris, 1927. On sait d'autre part que, de sa collaboration étroite avec le Dr Raoul Leroy, est né un livre bien connu, et de tout premier ordre, sur la *malariathérapie,* première étude en France à ce sujet. Le Dr Medakovitch fréquentait notre Société ; il y a présenté plusieurs communications, non seulement sur la paralysie générale, mais sur des sujets divers : délires, psychoses traumatiques, etc... Revenu en Yougoslavie, il avait survécu aux épreuves de la deuxième guerre mondiale dans les Balkans, et s'était spécialisé au cours de ces dernières années dans le traitement de l'épilepsie.

Personnalité forte et attachante, homme d'action en même temps que chercheur original, le Dr Medakovitch, qui avait obtenu la Légion d'honneur au titre militaire en 1914, était un grand ami de la France, et ses amis français garderont fidèlement son souvenir.

COMMUNICATIONS

L'apractognosie spatiale est un élément majeur dans la détermination des crises psychomotrices fonctionnelles. Contribution clinique à l'étude de ce problème, par M. J.-L. Courchet.

Mentionné par Pierre Janet, le fait avait été plus complètement souligné par Biswanger, Schilder, Teitelbaum, notamment pour l'hystérie. L. von Bogaert (1934) a de plus indiqué que la désorganisation première de la fonction de synthèse de l'image de soi (et de l'espace) due à la suppression ou au chaos des afférences extéro- ou intéro-réceptives, pouvait provoquer une inhibition (une « déconnection ») de la commande corticale motrice.

La vérification clinique des propositions ci-dessus s'est trouvée par la suite gênée par deux ordres de facteurs.

a) D'une part, à la suite de Babinski et par généralisation tendancieuse de son concept de pithiatisme, l'étude des mécanismes physiologiques de l'hystérie a été souvent éludée, du moins en France.

b) D'autre part, les crises psychomotrices dites « graves », celles qui n'apparaissent pas à première vue comme un fait pur et simple de « volonté », s'accompagnent de symptômes de la série narcoleptique ou cataleptique ou cataplexique, et introduisent de ce fait la discussion d'une participation ou localisation sous-corticale. L'école de von Bogaert et celle de Hess à Zurich ont considérablement drainé l'attention vers cet aspect important de la question.

Nous avons eu la chance d'observer une série de cas dans lesquels la crise fonctionnelle se déroule en deux étapes successives : l'une d'inhibition pure et simple d'activité motrice (le tonus n'étant *grosso modo* pas modifié), l'autre d'agitation motrice. Il n'y a pas de troubles de conscience (sommeil ou coma).

Nous avons systématiquement exploré le terrain neurologique, spécialement au point de vue de la fonction practognosique spatiale, et tant dans les instruments de cette fonction (oculo-motricité) que dans les symptômes cliniques de son anomalie.

L'étude du terrain a été en outre reprise d'un point de vue psychiatrique (ou plutôt psychogénétique), sous l'angle de la *régression*.

La place nous manque ici pour exposer les résultats de cette étude, qui fera l'objet d'une exposition ultérieure. Elle confirme le fait déjà très généralement connu que les désintégrations partielles (« instrumentales ») sont la règle dans les crises fonctionnelles, spécifie que de telles désintégrations peuvent être rendues compréhensibles en se référant à une étude génétique (à laquelle la discipline neurologique

classique ne fait pas appel), et rejoint les études physiologiques et polygraphiques actuelles. Même dans ce dernier domaine, l'envisagement génétique (A. Gesell, école freudienne, et spécialement M. Klein) a une énorme valeur.

Récidives de l'onirisme sous l'action de la chlorpromazine, par MM. S. Follin et P. Soubrier

Nous présentons à la Société quatre observations où la chlorpromazine a provoqué une récidive spectaculaire de l'onirisme chez des sujets en période d'amélioration de psychose aiguë alcoolique.

Observation 1. — Alfred L..., cultivateur, 42 ans, hospitalisé le 25 août 1953 pour délire alcoolique subaigu, agitation confusionnelle et onirique typique ; température 38°, tremblements, sueurs, agitation de type professionnel. Il reçoit, outre le traitement classique (alcool intraveineux, strychnine, vitamines B, extrait hépatique, pénicilline), 50 mg. intraveineux de chlorpromazine et deux sédols sous-cutanés. Sommeil immédiat d'une durée de huit heures environ.

Les jours suivants, malade plus calme dans la journée mais, dès la tombée de la nuit, reprise de l'activité onirique, élévation thermique, exagération des tremblements, des sueurs ; immédiatement calmé par le même traitement.

Le 28 au soir, cet onirisme ne réapparaît pas. Malade calme dans son lit, pas de température, très légers tremblements. On craint cependant la reprise de l'agitation, et le malade reçoit préventivement la même dose de chlorpromazine et de sédol. Immédiatement, reprise de l'agitation confusionnelle et de la même activité onirique avec hallucinations visuelles multiples. L'administration de 50 mgr. de chlorpromazine intra-musculaire et de 20 cgr. de gardénal entraîne le sommeil, et le lendemain on s'abstient de toute thérapeutique sédative ; le malade reste calme, sommeil normal, guérison par les voies habituelles.

Observation 2. — Léonie A..., cultivatrice, 50 ans, entre le 1er septembre 1953 pour son troisième accès d'excitation psycho-motrice, lié à un alcoolisme chronique. Il existe des phénomènes oniriques très discrets. Dominent surtout les éléments maniaques : chants, danses, insultes, violences, logorrhée ironique avec jeux de mots, tremblement généralisé ; ni température, ni sueurs. Outre le traitement habituel, elle reçoit le soir 25 mgr. de chlorpromazine intra-musculaire et deux sédols. Sommeil immédiat, de sept heures environ.

Le lendemain, calme dans la journée, reste dans son lit, la plupart des signes de la série maniaque ont disparu. A 21 heures, on craint la reprise de l'agitation, le malade reçoit également la même dose que la veille : 25 mgr. de chlorpromazine et deux sédols. Apparition immédiate d'un état crépusculaire avec activité onirique : marmottements incohérents, errance dans le dortoir, désorientation. A 23 heures, 25 mgr. de chlorpromazine et

deux sédols entraînent une sédation légère avec somnolence. La malade s'endort finalement complètement vers 6 heures du matin. La journée du 3 septembre, calme ; une erreur sur le cahier des prescriptions fait que les injections sont renouvelées à 21 heures. Le même état confusionnel récidive immédiatement avec même des phénomènes oniriques plus nets : la malade poursuit un chat à travers le dortoir. Une demi-heure après, 50 mgr. de chlorpromazine intraveineux et un sédol entraînent un sommeil immédiat.

Dans cette observation, il faut noter que la chlorpromazine a entraîné une modification de la psychose du début. A l'entrée, dominaient les éléments de la série maniaque ; la médication entraîne des manifestations d'ordre confuso-onirique.

Par la suite, guérison par les voies habituelles.

Observation 3. — Denise P..., 33 ans, sans profession, éthylique chronique, entre dans un état d'onirisme caractérisé, surtout auditif, avec automatisme mental, actes imposés, écho de la pensée, quelques hallucinations auditives sensorielles (poste de T.S.F. qui joue des valses), cénesthésiques (il y a du courant dans tout ce qu'elle touche). Cet état s'aggrave dans la soirée, où apparaît un onirisme visuel et actif très net : elle fait sa cuisine, étend du linge sur des fils imaginaires, réprimande ses enfants. La température s'élève à 38°, sueurs, tremblements intenses et, outre le traitement classique, on injecte 50 mgr. de chlorpromazine intra-musculaire et un sédol. Sommeil immédiat de dix heures. Cet état reste sans changement les trois jours suivants. Une fois la sédation est même moins importante et exige le renouvellement des prescriptions vers une heure du matin.

Le quatrième jour, malade modifiée, calme, reste dans son lit. On craint une reprise de l'agitation la nuit et elle reçoit préventivement 50 mgr. de chlorpromazine intra-musculaire et un sédol. Aussitôt, obscurcissement de la conscience, marmottements, paroles incompréhensibles, exagération des tremblements, carphologie. L'agitation augmente : hurlements, gesticulations. On injecte 50 mgr. de chlorpromazine intraveineux et 20 cgr. de gardénal intra-musculaire. Sommeil immédiat. Le cinquième jour, reprise spontanée de l'agitation vespérale. On administre 50 mgr. de chlorpromazine intraveineux et 20 cgr. de gardénal, qui entraînent un calme moins bon que les premiers jours et doit être complété d'un sédol seul deux heures après. Le malade finit par s'endormir.

Guérison normale ultérieurement sans que l'on ait à renouveler les injections de sédatifs.

Dans ces trois cas, il s'agissait de psychose subaiguë de l'alcoolisme chronique. Nous ajouterons à ces observations une quatrième observation, assez différente par ses aspects cliniques, mais très comparable par le rôle de la chlorpromazine.

Observation 4. — Adrien B..., 39 ans, maçon et cultivateur. Sujet certainement sobre. Epuisé par les surcharges de travail et les difficultés d'ordre divers, il est admis dans le service le 27 février 1954, dans un état oniroïde, où dominent l'anxiété, les sentiments d'étrangeté, de perplexité, de vagues idées de culpabilité à teinte plus ou moins mystique et légère désorientation

temporo-spatiale et quelques troubles du comportement psycho-moteurs ; instabilité : le malade se lève, se met à genoux, procède à différentes vérifications peut-être d'ordre hallucinatoire dans le dortoir. Il reçoit uniquement 50 mgr. de chlorpromazine intra-musculaire et un sédol. Aussitôt après ces injections, apparaissent des troubles du comportement : frayeur, hurlements, gesticulations, raptus pantophobique lié à des visions terrifiantes. On procède immédiatement à l'injection de 50 mgr. de chlorpromazine intra-musculaire et de 20 cgr. de gardénal. Le sommeil est immédiat et va durer neuf heures environ.

Le lendemain, réapparition de l'état oniroïde du début de la maladie, et qui persistera une dizaine de jours en s'atténuant progressivement. A noter ici que 20 cgr. d'eunoctal *per os* n'entraîne pas de reprise de l'agitation, mais au contraire une sédation avec un sommeil suffisant dans la nuit.

Ainsi donc, dans les quatre cas ci-dessus, trois fois au décours d'un accès onirique alcoolique net, et une fois au cours d'une psychose oniroïde anxieuse, des injections de 50 milligrammes de chlorpromazine associées, soit à deux sédols, soit à 20 centigrammes de gardénal, ont entraîné, soit une reprise des troubles antérieurs, avec une fois modification de ceux-ci dans le sens confuso-onirique (obs. 2), alors que ces mêmes doses avaient entraîné le sommeil lorsque le malade se trouvait à l'acmé de la psychose (obs. 1, 2, 3). Il a fallu, au contraire, doubler les doses de chlorpromazine avec son association pour obtenir de nouveau une sédation et le sommeil.

Ces faits peuvent, nous semble-t-il, être compris dans le cadre des connaissances actuelles sur la psycho-physio-pathologie des états confuso-oniriques.

Nous n'insisterons pas sur la clinique elle-même. La tradition française remontant à Chaslin et à Régis a parfaitement établi la parenté de l'onirisme avec des états hypnagogiques quand il a été caractérisé comme délire de rêve. Il est dans le sens de la tradition française de situer l'onirisme comme un état intermédiaire entre la veille et le sommeil.

La validité de la conception clinique française est actuellement confirmée par l'étude expérimentale de l'activité nerveuse supérieure suivant les techniques de Pavlov. Récemment M.-I. Sérédina (1) a montré par une étude expérimentale que l'hallucinose alcoolique correspond à un état de phase. Elle étudie : 1° l'activité réflecto-conditionnée du premier système signalisation avec excitant direct et réponses motrices, et, 2° l'état du deuxième système de signalisation par l'étude des réponses verbales à des stimulations verbales. Elle a ainsi pu mettre en évidence les faits suivants.

1° Chez tous les sujets il existe dans la période hallucinatoire active

(1) M. I. Seredina. — *Revue de l'activité nerveuse supérieure Pavlov*, 1953, n° 1, p. 99-118. Analyse à paraître dans les « Cahiers du médecin soviétique ».

un état de phase paradoxal ou égalitaire dans les analyseurs visuels et auditifs (exactement dans 17 cas phase paradoxale, dans 11 cas phase paradoxale pour un analyseur et égalitaire pour l'autre, et dans deux cas phase égalitaire dans les deux analyseurs visuel et auditif).

D'autre part, à l'acmé de la psychose il existe une inhibition profonde du deuxième système de signalisation. Et les réponses verbales aux excitants verbaux sont de type écholalique et avec persévération (par exemple, le mot forêt entraîne la réponse : « Forêt... c'est une forêt... forêt »). D'autre part, le temps de latence est constamment augmenté jusqu'à cinq et six secondes.

2° Ces troubles disparaissent après guérison de l'hallucinose. Le rapport entre la force des excitants et la force des réponses au niveau du premier système devient adéquat et l'inhibition du deuxième système de signalisation fait place à des rapports normaux entre les processus d'inhibition et d'excitation. Ainsi les réponses verbales deviennent adéquates (par exemple le mot « forêt » induit la réponse « vert », avec un temps de latence de une à deux secondes).

3° Un des sujets sur les 30 offre une véritable contre-épreuve. Chez lui persiste un état de phase et l'inhibition du deuxième système, mais cliniquement il évolue vers un délire hallucinatoire alcoolique.

On sait que les états de phase ont été mis en évidence par Pavlov comme stade intermédiaire entre la veille et le sommeil en tant qu'apparaissant au cours du processus de l'endormissement. D'autre part, il a également montré que l'inhibition du deuxième système de signalisation était un aspect important du processus du rêve.

Comme on le voit, l'étude expérimentale de l'activité nerveuse supérieure donne un fondement psycho-physio-pathologique à la conception clinique française des états confuso-oniriques. L'existence dans ces états d'une inhibition corticale paraît ici démontrée et être caractérisée par un état de phase au niveau du premier système de signalisation et d'une inhibition importante du deuxième système.

Les faits que nous avons observés reçoivent dès lors, semble-t-il, une explication assez simple. Lorsque le sujet entre dans le service à l'acmé de la psychose, il existe un degré important d'inhibition corticale liée à cet état de phase. Les doses modérées de chlorpromazine suffisent pour approfondir cette inhibition, ce qui se manifeste cliniquement par le sommeil. Mais, au décours de la psychose, l'inhibition corticale est moins profonde. Les mêmes doses de chlorpromazine, au lieu d'entraîner le sommeil, ne font que provoquer la réapparition de l'état de phase antérieur et il faut doubler les doses pour obtenir de nouveau l'inhibition profonde du sommeil. En ce sens, ces faits cliniques paraissent apporter un argument de valeur à l'appui d'une action corticale de la chlorpromazine.

Discussion

M. P. Deniker. — La communication de M. Follin est très intéressante ; en ce qui concerne ses observations, on doit remarquer que la chlorpromazine n'a pas été employée seule mais en association avec des opiacés et avec de l'alcool, dont on a pu considérer qu'il était « potentialisé ».

Des faits signalés par M. Follin, nous pouvons rapprocher ceux que nous avons enregistrés avec le professeur Delay.

1° Sur la totalité des cures de chlorpromazine administrée seule en action prolongée et continue (hibernothérapie), nous n'avons *jamais* enregistré d'accident psychotique quel qu'il soit. Actuellement, nous comptons plus de 500 cures ainsi conduites, dont un certain nombre chez des alcooliques subaigus.

2° Au contraire, dans les *cures de sommeil*, qu'on utilise ou non la chlorpromazine en association, les accidents confuso-oniriques sont très fréquents ; nous avons pu les observer précocément chez des malades mis en sommeil pour de simples névroses.

C'est peut-être aller un peu vite que de conclure à l'action corticale de la chlorpromazine dans des cas où elle est associée à des drogues puissantes et variées.

M. S. Follin. — Je répondrai très brièvement à M. Deniker qu'il est bien évident que l'association de chlorpromazine au sédol et au gardénal réalise en fait une thérapeutique complexe, mais il est cependant certain que ni le sédol seul, ni le gardénal seul, ne nous ont jamais permis d'observer une sédation de l'onirisme allant jusqu'au sommeil et que, par conséquent, un rôle particulier et spécifique doit être attribué à la chlorpromazine.

Je dirai à M. Daumézon que, ayant pris connaissance de la dernière publication de Dell et de ses collaborateurs (*Semaine des hôpitaux*, 6 juin 1954), j'ai en effet été très tenté de profiter de cette communication pour en discuter. Mais ceci nous aurait entraînés beaucoup trop loin. Je dirai simplement que l'expérimentation de Dell, d'un intérêt puissant, est assez complexe.

1° Elle est basée sur les sections, ce qui entraîne des modifications profondes, vraisemblablement de toute l'activité du cerveau.

2° Dell juge de l'effet cortical uniquement par les modifications de l'électro-encéphalogramme, mais à aucun moment n'a utilisé de technique spécifique de cette activité, savoir l'étude expérimentale du mouvement des processus d'excitation et d'inhibition dans le jeu de la formation et des variations des liaisons temporaires. Il utilise enfin un langage qui me paraît peu clair lorsqu'il parle en particulier de « dépression » de l'activité des formations réticulées. Il est difficile de savoir en particulier quelle est la nature de cette dépression par rapport aux processus physiologiques fondamentaux de la substance nerveuse, qui sont l'excitation et l'inhibition. Ceci ne nuit pas à l'intérêt considérable de ces travaux en tant que fait dont il y a lieu de tenir compte. Il est bien certain qu'il existe une interaction étroite entre le cortex et l'ensemble des structures sous-corticales, mais ceci n'empêche pas chacune d'elles d'avoir son rôle propre et qui doit être étudié spécifiquement, et dans leurs rapports réciproques, qui ne sauraient être à sens unique. D'autre part, si l'on veut être absolument certain d'une action privilégiée et spécifique d'une substance chimique sur telle ou telle zone, il y aurait intérêt à étudier l'affinité chimique de ces substances pour des groupements cellulaires considérés.

Inconvénients et dangers de la méconnaissance du respect des prérogatives du médecin-chef des hôpitaux psychiatriques en matière de visite aux malades internés, par M. Maurice LECONTE.

Le médecin doit-il abandonner ses prérogatives en matière de visite aux malades internés ? Nous ne le croyons pas, car nous pensons que c'est un devoir de défendre ses droits de médecin, car sans cela ils tombent dangereusement en désuétude. La méconnaissance des incidences possibles d'une absence de contrôle des visites et des droits du médecin-chef à ce sujet n'est pas sans inconvénients et peut même se montrer dangereuse.

Déjà, au cours de notre internat, nous avions estimé que le problème des visites pouvait revêtir une importance toute particulière. C'est ainsi qu'à Sainte-Anne, vers 1934 environ, nous fûmes amené à nous trouver le témoin d'un drame qu'on n'oublie pas.

L'ami d'une malade présentant un syndrome discordant chronique, désespéré du pronostic d'incurabilité qu'il avait appris le matin même, était venu la visiter l'après-midi.

La visite avait lieu en salle commune, la malade gardant le lit. Un appel d'urgence en salle de garde nous fit nous rendre dans le service sur-le-champ sans aller chercher l'interne de garde, occupé par ailleurs. Bien que militaire à l'époque, le devoir commandait d'essayer les premiers soins.

A notre arrivée, nous trouvâmes, au milieu de femmes aux réactions diverses, les unes figées dans leur attitude de muettes statues, les autres riantes ou ricanantes, le restant horrifiées, une femme alitée, au visage en partie éclaté et ensanglanté, déjà morte. Au pied de son lit un homme râlait encore, la tempe perforée et sanglante. Il tenait dans la main droite un revolver fumant que des secousses cloniques épileptiformes agitaient.

L'amant avait d'abord commencé à présenter à sa malade des grains de raisin tirés d'un sac qu'il lui avait apporté. Puis il avait substitué à l'uvale becquée le canon du revolver doublement fatal. Jugé aliéné par le médecin, nous déclara le surveillant, son internement avait été demandé le matin même.

Un incident récent survenu dans notre service, où nous n'avions pas encore pu obtenir le respect des prescriptions du ministère en matière de visites, nous a incité à rappeler aux candidats aux concours au médicat des hôpitaux psychiatriques, comme à nos confrères entrant dans la carrière, qu'ils sont tout à fait fondés à exiger le respect de leurs prérogatives comme celui des préceptes de leur maître.

On pourra en effet voir, que non seulement des drames peuvent survenir, mais aussi que l'intérêt des malades, tout particulièrement

quand il s'agit de femmes peut être gravement compromis par la non-observation de règles que l'expérience' de praticiens compétents a fait préconiser.

C'est ainsi que nous trouvions un lundi matin, à notre rapport des incidents de la veille, le 8 février 1954, les lignes suivantes : « Mme X... a eu la visite de son mari et de sa mère à 13 h. 45. Vers 15 heures est arrivé également en visite un ami de la malade, qui a fort contrarié le mari. Une discussion a eu lieu entre les deux hommes et le mari a sorti un couteau de sa poche. Nous avons réussi à faire sortir le mari et quelques instants après l'ami. » Quelque temps après le mari nous faisait connaître qu'il se proposait de divorcer.

Cet incident nous a semblé prouver qu'aucune visite ne devrait être tolérée avant la signature du chef de service, à qui il doit être donné le temps d'étudier le bien-fondé des demandes. Nous sommes naturellement étonné que l'on ait pu nous discuter si longtemps ce que l'on a appelé nos exigences quant à l'application du règlement modèle « inexistant » dans le département de la Seine. Nous en sommes d'autant plus surpris qu'on nous avait cité un article de ce même règlement pour une autre affaire.

Il nous a semblé que nous ne faisions guère que notre métier en cette affaire, d'autant plus que le mari parlait de se plaindre à l'autorité supérieure que la visite du tiers en cause ait été tolérée. Or le médecin ne l'avait pas autorisée. Il nous a donc fallu, sans avoir à recourir à M. le Préfet, il faut en convenir, souligner que la visite de l'amant d'une femme mariée n'était pas, en principe, celle d'un ayant droit, que le médecin devait être le seul juge en la matière, et qu'au surplus il devait sembler préférable qu'un visiteur s'en retourne avec un permis de visite en moins qu'un coup de couteau dans le ventre en trop.

Les visites des enfants. — Nous estimons que ces visites doivent aussi être contrôlées par le chef de service. D'abandons en abandons des prérogatives médicales, il peut arriver insensiblement que des choses inouïes se produisent.

C'est ainsi qu'en 1947, traversant notre nouveau service de Bassens, à l'heure de la visite des familles, la négligence ayant fait renoncer à l'usage des parloirs, nous vîmes une petite fille de 8 à 10 ans dans une salle où s'agitaient des malades dénudés, dont l'un complètement nu.

Nous avons trouvé, dans le dossier d'une malade, une lettre d'un confrère, adressée antérieurement à notre arrivée au service, où l'on pouvait lire, à propos d'une enfant de 12 ans : « Sa dernière visite à Maison-Blanche a été suivie d'une violente crise d'agitation, qui s'est doublée de troubles du comportement et du fléchissement scolaire. » Il arrive que l'incident survienne devant la mère même. C'est parfois l'inverse, pour le plus grand dam des deux parties. Nous estimons

qu'un directeur administratif n'a pas le droit de tolérer les visites des enfants sans l'assentiment du médecin.

Les visites peuvent encore être nocives pour les enfants en l'absence de tout incident, par la tristesse de l'image qu'ils peuvent emporter de leurs parents. De plus, elles sont parfois contre-indiquées pour la mère elle-même. Le fait nous a été rappelé au cours de notre nouvelle prise de fonction et sans tarder nous avons estimé nécessaire de mettre les choses au point. Il en résulte que les visites des enfants doivent être aussi contrôlées et il convient de veiller au texte du nouveau règlement qui ne manquera pas de paraître un jour. Il faut aussi rappeler qu'aucune dérogation ne saurait être accordée à ce principe, qu'il s'agisse d'anciennes malades ou d'assistantes sociales, par exemple, ou présumées telles, comme nous pourrions encore illustrer la chose.

Pour notre part, nous avons établi une formule, ronéotypée pour l'instant, de demande de permis de visite ainsi libellé, afin que ne soit pas remis d'emblée le permis de visite sans la signature d'aucune autorité, sauf un cachet administratif, mais bel et bien une demande de visite pour commencer, en raison des incidents possibles, dont on doit aisément comprendre le danger.

MODÈLE DE DEMANDE DE PERMIS DE VISITE

Hôpital psychiatrique
de Maison-Blanche

—

III[e] Section

—

DEMANDE DE PERMIS DE VISITE

à remettre à M. le médecin-chef de la III[e] Section

NOM de la malade :

Nom du demandeur :

Degré de parenté :

Adresse :

Je déclare m'engager à me conformer au règlement écrit sur le permis de visite.

Date...

Signature...

Joint aux faits que nous avons rapportés sur la correspondance médicale en milieu psychiatrique, nous sommes bien placé pour confirmer un certain nombre de points sur la nécessité d'un concours pour le recrutement des directeurs administratifs, sur l'intérêt d'une généralisation de l'indépendance médicale et d'un changement d'en-

cadrement administratif des hôpitaux psychiatriques, où le respect des indispensables prérogatives sera accordé sans nécessité d'extractions douloureuses.

Nous voudrions, pour terminer, parler encore du problème des horaires des visites. Notre position est la suivante et ne sera sûrement pas modifiée tant que durera la pénurie du personnel. Que les conseillers généraux nous votent les crédits nécessaires à un personnel supplémentaire pour les visites exceptionnelles, et le régime des visites pourra peut-être être un peu plus assoupli. Pour l'instant nous sommes partisan du respect des horaires réglementaires. Le plus curieux, c'est qu'on assiste au renversement des rôles, les directeurs administratifs tendant, en général, à tout tolérer, tandis que les médecins se doivent de lutter pour faire respecter l'intérêt médical du service.

Mais il y aura toujours la tante d'Honfleur, la cousine de Varsovie, l'oncle d'Amérique, le permissionnaire, dans la ville depuis huit jours, qui soudain s'aperçoit qu'il doit une visite à sa marraine. Nous avons pour règle d'autoriser une unique fois la visite et d'informer qu'à l'avenir on veuille bien respecter les jours normaux de visite, ou, en tout cas, le médecin n'étant pas toujours là, qu'on veuille bien solliciter le permis de visite à l'avance.

Certaines interdictions peuvent être massives. C'est le cas en période d'épidémie, qu'il s'agisse d'exportation ou d'importation microbienne. Il est arrivé, il y a quelques années, de consigner les malades travailleurs de nos quartiers et d'obtenir officiellement la suppression de toute visite. Nous eûmes l'accord du directeur de la santé. Nous ne pourrions juger que le fait ait pu se réaliser sans tremblement administratif.

Aucune visite ne doit jamais être autorisée le matin, où tout doit être subordonné au travail médical. Les dérogations ne peuvent dépendre que du chef de service et les directeurs doivent respecter leurs consignes en dépit de toutes recommandations.

Cas de l'intervention anti-réglementaire du directeur administratif. — Il peut arriver qu'un directeur administratif, comme cela nous est arrivé en fin 1953, entende imposer une visite malgré les instructions — d'ailleurs justifiées par un précédent, pour la même malade.

Nous n'avons pas l'habitude de mettre des subordonnés en conflit, estimant la chose plus qu'inélégante de la part d'un chef. Notre position a consisté, à toutes fins utiles ultérieures, à prier le directeur de bien vouloir à l'avenir porter ses ordres par écrit, pour décharger la responsabilité de la surveillante générale.

Rôle des internes. — La question des visites n'est pas du ressort des internes. Ce ne sont pas des médecins-assistants. Les termes du règlement sont formels. Elles ne concernent que le médecin pour l'auto-

risation, le directeur, pour les vérifications administratives et la légalité. Ce devrait être lui, qui, partout, devrait faire respecter le règlement, bien que nous ayons toujours, et guère sans exception, constaté l'inverse à ce sujet.

Les internes, toutefois, doivent observer les consignes du chef de service, qui doit donner des instructions précises à sa surveillante générale. Si celles-ci sont conformes au règlement, on peut s'étonner de voir les directeurs administratifs les enfreindre les premiers.

Les internes, toutefois, peuvent avoir à intervenir pour la partie médicale et physique de l'affaire en cas d'agitation, ou d'état physique contre-indiquant les visites, par exemple. Le service médical doit pouvoir travailler librement. Il n'appartient pas au directeur d'envoyer dans les services des familles tandis que le malade peut être en cure de traitement spécial, ce qu'il n'a d'ailleurs pas à connaître.

Il arrive souvent que les directeurs, pour se tirer d'embarras, appellent un interne pour se couvrir, en le priant de dire si l'état du malade permet la visite. Un interne ne saurait modifier les prescriptions réglementaires et les consignes du chef de service. Et ces procédés doivent cesser dès que le médecin a fait connaître qu'il ne les tolérait pas. En cas de conflit les responsabilités sont nettement établies, car le service médical n'est nullement sous l'autorité directoriale.

Cas des visites refusées in extrémis *par le personnel.* — Il peut arriver que, par suite du refus du malade, ou de son extrême état d'agitation, le personnel se voie contraint de refuser la visite. Si certaines précautions ne sont pas prises, l'incident peut entraîner des plaintes, ou du moins des demandes d'explications à ce sujet auprès du médecin qui doit toujours en être informé.

Le ..... 1954, nous recevions la lettre suivante : « Docteur, je suis venue dimanche 4 avril rendre visite à ma fille, ..., en soins au X pavillon. Je n'ai pas été autorisée à voir mon enfant. Que se passe-t-il donc ! »

Il ne nous avait été primitivement rendu compte de rien. Le rapport provoqué par la lettre de la mère de la malade nous apprit enfin les faits : « Mme X., mère, voulant visiter sa malade, il a été impossible aux infirmières qui avaient été la chercher au dortoir de l'emmener au parloir. La malade, très agitée, frappait les infirmières et refusait absolument de se lever et de s'habiller. »

Or nous avons de l'incident, qui est loin d'être unique, tiré les conclusions et mesures suivantes : en cas de refus de visite de la part d'une malade, ou de l'impossibilité de celle-ci, la surveillante de pavillon, ou la chef de quartier — sait-on jamais où en est la terminologie officielle — doit en rendre immédiatement compte à la surveillante générale ou à sa remplaçante. L'interne de garde doit être appelé pour constater l'agitation ou le refus de la malade de se prêter à toute visite. Mention de l'incident, du motif et de la constatation de l'interne doit en être portée au cahier de rapport du chef de service.

Le problème des visites aux malades mentaux internés. Consignes intérieures et nouvelle réglementation à envisager, par M. Maurice LECONTE.

Les consignes intérieures à notre service sont actuellement les suivantes :

Toute personne venant avec un permis de visite est autorisée à voir sa malade.

Un registre indique les noms des malades dont les visites sont suspendues et ceux des visiteurs à qui la permission a été retirée. La chose s'observe. Le fait nous est arrivé, ces derniers temps, d'avoir été contraint d'interdire une visite à une mère s'obstinant à apporter des remèdes prohibés par nous à sa fille.

Les personnes ayant oublié leur permis (dont il est prouvé qu'elles en avaient un, qu'une visite avait déjà été faite à la malade, et dont le nom n'est pas sur le registre mentionné plus haut) sont autorisées à se rendre au pavillon avec un « laissez-visiter » signé de la surveillante ou de sa remplaçante. Il faut contrôler si cette personne est déjà venue en prenant la fiche de la malade dans le fichier du bureau, en vérifiant au verso de celle-ci si le nom du dit visiteur y est bien inscrit.

Les personnes venant pour la première fois, n'ayant donc pas de permis, ne sont pas autorisées à voir la malade. Elles doivent remplir une demande de permis de visite et revenir le prochain jour de parloir.

Le permis de visite des personnes ayant précédemment posé leur demande doit se trouver, signé du médecin-chef et du directeur, rangé dans la chemise alphabétique *ad-hoc*.

Toute suppression de visite doit être signalée à la surveillante générale de service et portée sur le cahier de rapport. L'interne doit constater l'agitation ou le refus faisant obstacle à la visite.

En principe, nous donnons d'autorité rendez-vous à tout parent d'une nouvelle entrante. Nous estimons qu'aucune visite ne saurait être accordée avant une telle entrevue, qu'elle ait lieu avec le médecin-chef, son assistant, son interne ou l'assistante sociale. Ceci pour des raisons administratives ou sociales. Il en est de médicales : malade anxieuse, catatonique, délirante ou autres, dont la visite déclenche un paroxysme. Des aggravations, des passages à la chronicité, sont facilités par l'absence de contrôle sérieux des visites.

Nous avons récemment refusé la visite d'emblée — ce que l'ancien système de relâchement de source directoriale ne nous permettait pas de faire — à un mari sodomisant sa femme, plus ou moins, par la terreur, terreur explicite dans le délire, le comportement et les aveux des deux conjoints.

Bien des mères se doivent voir mettre un frein à l'intempestivité de leurs visites. Bien des femmes ont intérêt à une cure d'espacement conjugal. La pratique le montre tous les jours. Le démagogique laisser-

aller ne doit pas être confondu avec le laissez-visiter salutaire. Il est nocif à la conduite psychothérapique des traitements.

Pour bien marquer, soit sa réprobation, soit sa tenue à l'écart du respect des obligations réglementaires, la direction contraint les visiteurs à se rendre au fond de notre grand hôpital, où les familles se voient seulement remettre un formulaire de demande de permis de visite. Il nous semble que l'administration supérieure devrait contraindre cette direction à la remise, aux bureaux de la direction même. La seule différence serait que les permis de visite ne sont plus remis d'emblée, au risque des pires incidents. Des mesures de rétorsion ne devraient pas frapper les familles.

Reconnaissons toutefois que le fait n'est pas très fréquent car, dès l'arrivée d'une malade, un rendez-vous est provoqué, et une demande de permis de visite jointe à la lettre quand l'examen psychiatrique immédiat n'a pas relevé de contre-indications.

Dès leur départ de l'admission de Sainte-Anne, en même temps que les familles sont informées du lieu où leur malade est transférée, il serait bon qu'une demande de permis de visite soit jointe, en signalant qu'aucune visite ne peut avoir lieu avant l'accord médical.

MODIFICATIONS AUX ARTICLES 190, 191, 192, DU RÈGLEMENT MODÈLE DE 1938, DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Ces articles sont actuellement les suivants. Nous nous permettrons de les rappeler :

Section XXIII

VISITES ET SORTIES

ARTICLE 190. — Les aliénés ne peuvent être visités par leurs parents et leurs amis que sur une permission écrite du médecin-chef de service, soumise au visa du directeur.

Les noms des personnes autorisées à visiter les malades seront donnés par les ayants droit.

ARTICLE 191. — Les visites se font aux parloirs ou dans les jardins, sous la surveillance des infirmiers et des infirmières. Dans les cas exceptionnels de convenance ou de nécessité reconnus par le médecin-chef, elles peuvent se faire dans les sections et dans les chambres des pensionnaires.

La surveillance exercée pendant les visites doit empêcher notamment toute introduction de denrées ou d'objets prohibés, tout échange occulte de correspondance, toute demande de signature au malade.

Le surveillant ou la surveillante de section inscriront sur leur rapport quotidien ou sur le registre tenu à cet effet, les noms des malades visités et mentionneront sur un carnet de visites la production de l'autorisation susvisée, le nom des malades et des visiteurs, leur degré de parenté avec le malade, la date, l'heure et la durée de la visite, le nom des infirmiers

ou des infirmières chargés de la surveillance, l'attitude du malade et les incidents survenus.

Article 192. — Les visites ont lieu, sauf dérogations particulières autorisées par le médecin-chef de service et soumises au visa du directeur, les ..... de chaque semaine, de .... heures à .... heures.

La durée de la visite peut être limitée à un temps déterminé dans la permission du médecin-chef de service.

Elle doit immédiatement passer toutes les fois qu'elle a pour effet d'agiter le malade ou de créer du désordre ou des incidents.

Nous proposerions les réformes suivantes.

Article 190. — *Les malades (et non plus les aliénés) hospitalisés ne peuvent être visités par leurs parents et leurs amis que sur une permission écrite du médecin-chef de service, revêtue du visa du directeur.*

Les ayants droit fourniront le nom des personnes autorisées par eux à visiter les malades.

Le médecin demeurera seul juge en cas de litige entre les membres de la famille.

Les visites pour les enfants seront également soumises à l'autorisation du médecin-chef de service.

Article 191. — *Le même texte nous semble pouvoir être conservé. Toutefois, nous y ajouterions volontiers :*

« En cas d'empêchement subit de satisfaire la visite autorisée par le médecin-chef de service, l'interne de garde doit vérifier la matérialité de cet empêchement, la surveillante de pavillon doit saisir la surveillante générale, mention doit être faite de l'incident au rapport du surveillant. »

Article 192. — *Le même texte nous semble acceptable. Nous y ajouterions volontiers :*

« Le directeur qui est chargé de la police de l'établissement est tenu de veiller au respect du règlement et de soutenir les consignes prises par chaque médecin dans les limites des prescriptions réglementaires et de l'intérêt du service. »

Telles sont quelques-unes des remarques que nous ont suggérées notre expérience.

Un nouveau règlement est en cours. Les travaux de ceux qu'on ne consulte pas n'en sont pas moins toutefois utiles. Ils peuvent aider ceux qui s'orientent ou qui tâtonnent. C'est pourquoi nous les publions sans trop escompter qu'une nouvelle codification sera suivie d'effet quand on voit les propres conseillers de la haute autorité se garder de suivre les principes qu'ils aident à ériger et quand, en dépit des textes, aucun conflit ne saurait se résoudre que par l'épuisement ou la renonciation de l'une des parties.

Quoi qu'il en soit, il semble bien que la réglementation sur les visites devrait avoir une partie générale pour que, si le bon sens et le respect des prérogatives médicales ne peuvent suffire, on ne puisse,

par surcroît, réfuter les demandes d'un chef de service agissant en connaissance de cause, sous le seul prétexte que les visites ou dispositions réglementaires du ministère national de la santé publique ne s'appliquent pas à tel hôpital (parfois géré par lui ! ! !) ou tel département, fût-il celui de la Seine.

Le médecin ne peut punir, par M. G. Daumézon

J'ai cru qu'il valait la peine de dire devant notre vénérable société mon inquiétude devant deux manifestations récentes qui, par le biais de la psychothérapie sociale à l'hôpital, mettent en cause la personne du psychiatre et du médecin : je dirai pourquoi je pense que la Société s'honorerait, après avoir mûrement étudié la question, de dire l'avis de la psychiatrie française sur les pratiques qui nous sont proposées.

En juillet dernier, lors du congrès de Pau, les congressistes visitèrent l'hôpital de Lannemezan, où le Dr Ueberschlag a accompli un travail d'organisation impressionnant. A cette visite participait le directeur de l'hygiène sociale du ministère de la santé. Dans un des pavillons visités nous avons pu voir une « salle de police » (l'inscription est peinte sur le mur), chambre d'isolement dépourvue d'ameublement, au plancher en partie garni de paille, où sont conduits pour un temps, à titre de sanction, les hospitalisés qui se sont rendus coupables d'infractions graves aux règles de vie de l'hôpital. Dans un article récent de *L'information psychiatrique* (n° 3, mars 1954, p. 100), Ueberschlag évoque ainsi cette pratique : « Nous n'avons pas hésité à créer chez les hommes une salle de police pour tout délinquant lucide, seul le médecin et, en cas d'urgence, le surveillant-chef, peuvent y faire placer un tel pensionnaire. » Ce paragraphe est un « exemple » dans la rubrique restrictivité pour illustrer le principe émis par l'auteur : « Recréer le réflexe conditionné, acte social = désagrément ».

Il y a quelques mois, l'Organisation mondiale de la santé a diffusé une brochure du plus haut intérêt : *L'hôpital psychiatrique public ;* à la page 19, ligne 2, nous lisons l'exposé d'une doctrine identique : « Il est essentiel d'encourager la bonne conduite et de punir le comportement antisocial. » Cette haute caution donne une importance exceptionnelle à ce qui eût pu n'être qu'une position isolée.

Est-il besoin de dire que je n'imagine pas que M. Ueberschlag ni l'organisation mondiale de la santé nous invitent à des sévices sur la personne de nos malades, ou à transformer l'hôpital en colonie pénitenciaire. On conviendra cependant, qu'en France du moins, cette attitude est toute nouvelle. Voici bientôt cent ans, le règlement médical de 1857, dans son article 106, proclamait : « Il est expressément interdit au surveillant ou à la surveillante en chef, ainsi qu'aux infirmiers et aux

infirmières, d'infliger aux malades quelque punition que ce soit... » La rédaction de l'article 125, en 1938, est identique. Beaudouin, dans la troisième édition du Raynier-Beaudouin (tome I, page 372), va plus loin encore, déclarant ces dispositions superflues, comme allant de soi.

J'ai vainement cherché dans la littérature contemporaine française une phrase qui puisse faire penser que l'opinion de nos collègues soit différente. S'il est un point où la doctrine (1) semblait jusqu'ici unanime, c'est bien celui de la proscription absolue de toute « punition ». On voit la nouveauté des formules que j'ai citées et qui me tracassent. Aussi me semble-t-il nécessaire tout d'abord de nous faire une idée de la valeur du procédé thérapeutique, ou prétendu tel, qu'on nous propose.

L'idée d'user de procédés de dressage à l'égard des malades mentaux n'est pas neuve. Pinel rapporte à cet égard une phrase parfaitement explicite de Celse. Il condamne pareillement une pratique de son époque, inspirée des principes « d'éducation rétributive » qui m'inquiètent (*Traité médico-philosophique*, 2e édition, p. 512) : « Un des préposés faisoit chaque jour la ronde dans les loges, et quand un aliéné extravaguoit, faisoit du vacarme, réfusoit la nuit de se coucher, repoussoit toute nourriture, etc..., il lui intinoit l'ordre précis de changer, et le prevenoit que son obstination dans ses écarts seroit punie le lendemain de dix coups de nerf de bœuf. L'exécution de l'arrêt étoit toujours oinctuelle, et s'il étoit nécessaire, on la renouveloit même à plusieurs reprises. On n'étoit pas moins exact à récompenser qu'à punir ; et si l'aliéné se montroit soumis et docile, on lui faisoit prendre ses repas au réfectoire, à côté de l'instituteur, comme pour l'éprouver. S'oublioit-il à table, et commettoit-il la moindre faute, il en étoit à l'instant averti par un coup de baguette frappé durement sur ses doigts, et puis on ajoutoit avec une gravité calme qu'il avoit mal fait et qu'il devoit s'observer avec plus de réserve... » .

Plus près de nous, on sait de reste comment Leuret concevait le traitement moral ; les sanctions de l'activité inadaptée étaient, on s'en souvient, tirées cette fois de l'arsenal thérapeutique, et spécialement de l'hydrothérapie, de l'époque. On ignore souvent la vogue de ces pratiques ; le docteur Bolotte, dont on connaît le goût pour la recherche d'archives, m'a récemment transmis un extrait d'une notice statistique sur l'asile de la Seine-Inférieure, rédigée par Parchappe, alors qu'il en était le directeur ; sous le titre « Discipline morale », celui qui devait, quelques années plus tard, souscrire au règlement de 1857, énumérait onze « moyens de punition », allant de la réprimande, de la privation de promenade et de visite, aux divers bains, à la douche et culminant au moxa. Ne dit-on pas, si on ne l'écrit pas encore, que

(1) Il va de soi que l'unanimité de la doctrine n'implique hélas pas une pratique concordante : l'existence d'infractions si nombreuses et criantes qu'elles puissent être ne diminuent en rien le fait d'une répudiation générale ; on ne saurait inférer de l'existence de meurtriers dans un pays civilisé le fait que le meurtre y est admis.

dans tel établissement le refus d'aliment, le gâtisme, sont aujourd'hui « passibles » de torpillage ?

Mais, nous l'avons vu, ces pratiques ont été unanimement rejetées il y a un siècle par les auteurs français.

En somme, l'idée de l'utilité d'une attitude punitive à l'égard du malade mental, rejetée encore aujourd'hui, n'en est pas moins un leitmotiv intermittent dans l'histoire des traitements de la folie. Je renvoie à d'autres occasions le soin de faire une analyse historique de l'apparition et de la régression de ces conduites comme la recherche des caractéristiques des personnalités dont elles émanent. Je veux limiter mon propos à la constatation de leur efficacité. Notons en effet que les justifications qu'on nous propose sont d'ordre essentiellement empiriques, le recours au vocabulaire des réflexes conditionnés n'est guère qu'un jeu de mot. Une attitude réflexologique authentique s'interdirait *à priori* toute intervention sans qu'une enquête minutieuse ait permis de se faire une idée exacte des conditions et circonstances qui sont responsables de l'émergence de l'acte anti-social. En tout cas, il est infiniment probable qu'une telle recherche n'aboutirait quasi-jamais à incriminer une insuffisance de répression antérieure.

Je n'ai aucune expérience directe de l'application systématique d'une telle méthode ; je pense cependant que tout psychiatre a le moyen de se faire une idée de son efficacité, si nombreux sont les cas où la punition a été appliquée à certains de ses malades par l'entourage familial ou par la société. Sans doute les défenseurs objecteront-ils le mauvais usage du procédé par des personnes incompétentes ou passionnées, je ne pense pas que l'argument soit toujours valable ; si beaucoup de parents sont des psychopathes, il en existe de tout aussi équilibrés que le psychiatre, et l'application de la punition par l'autorité punitive paternelle, s'il était prouvé qu'elle est efficace, ne saurait, pour les tenants d'une prétendue doctrine réflexologique, que renforcer son efficacité. Mais ce sont des chicanes mineures.

L'objection écrasante à ces pratiques réside dans le fait qu'une punition implique une condamnation morale, que la condamnation morale d'un malade mental, même léger, introduit, dans une personnalité où l'équilibre des pulsions est constamment menacé, un facteur chargé de potentialités du même ordre que les facteurs déterminants du déséquilibre. Pinel évoquait en termes excellents « l'irascibilité extrême qui tient à l'aliénation et qui ne fait que s'aigrir par la réclusion et la contrainte ». Sans adopter l'ensemble de la thèse d'Hesnard, tout psychiatre, si peu psychopathologue qu'il soit, sent le bouillonnement affectif de *tous* ses patients autour des problèmes de culpabilité. Bien qu'attentif à éviter tout ce qui pourrait être vécu comme une attitude punitive dans son service, il passe une partie de son temps à combattre les interprétations culpabilisantes qui naissent à propos de son activité thérapeutique, du fait de la colocation.

Ce ne sont pas seulement les mélancoliques, ce sont tous les malades et au premier chef les déséquilibrés les plus enclins aux attitudes agressives, dont la perception de la vie sociale se fait constamment sur le mode « coupable, non coupable », « c'est ma faute, ce n'est pas ma faute », « c'est leur faute », « c'est de votre faute », « c'est plus fort que moi », etc... Et nous savons tous que la guérison n'est obtenue que si nous parvenons à liquider de telles attitudes.

Est-ce à dire que l'attitude punitive n'obtienne pas des succès symptomatiques ? Nous avons trop en mémoire les conduites pathologiques où l'agression n'avait d'autre but que d'obtenir la réponse agressive, pour nous étonner de ces succès. Ils consistent tous en des phénomènes d'inhibition aggravant l'angoisse, qui s'exprime par des manifestations plus dérivées, le plus souvent auto-agressives, et toujours moins réversibles. Délaissant alors une réflexologie encore primitive, ne sommes-nous pas en droit de voir dans le punisseur l'agent provocateur de la « répétition » du trouble causal. Etrange médecin qui entre dans le jeu de la maladie pour en obtenir la pérennisation sous la forme de conduites moins perturbatrices de sa quiétude. Tout au plus cette attitude serait-elle défendable à l'égard de « sujets » dont plus aucun progrès n'est à attendre.

A y regarder de près, l'attitude punitive coïncide toujours avec l'adoption de la croyance à l'incurabilité, la résignation à une médiocre prothèse pour des invalides irréversibles. Il est d'ailleurs facile de pousser plus loin l'analyse et de constater qu'en dehors du bourreau nul ne saurait punir autrui qu'en se posant supérieur et différent de lui (les punitions n'ont jamais été proposées par des médecins de maisons de santé privées).

Le cadre d'une communication est trop restreint pour que je puisse donner leur plein développement à ces vérités d'évidence ; je me contenterai d'ajouter qu'il est facile d'imaginer les conséquences rapidement désastreuses de pareils procédés en dépit de tous les efforts contraires sur le personnel de l'établissement qui, pour une part de ses fonctions, est à son tour réduit à la condition de... bourreau. Pareillement, n'est-on pas en droit de redouter de la part du public non averti, vivant lui-même le fait psychiatrique dans un halo de crainte et de culpabilité, toutes sortes d'erreurs d'interprétations infiniment préjudiciables au malade.

Je ne pense pas qu'un psychiatre de bon sens et sans parti-pris puisse contester le bien-fondé de ces constatations élémentaires. Elles suffiraient à condamner sans appel la pratique des punitions. Est-ce à dire que le problème soit totalement résolu pour autant. Bonnafé, en 1949 (*L'information psychiatrique*, p. 179), montrait, à propos de l'utilisation des cellules et chambres d'isolement, son extrême complexité : « Un consensus d'opinion à vrai dire assez discret proscrit la notion de sanction de la thérapeutique psychiatrique. Mais une réflexion assez attentive révèle ici un problème méconnu. Ce pro-

blème est fondé tout d'abord sur le fait que nul n'est assez naïf pour croire à l'absence radicale de conduites répressives chez le personnel et le chef de service lui-même. Un regard, un mot, une attitude de réprobation, une conduite de bannissement, si discrets soient-ils, peuvent être chargés d'une signification punitive intense. Nul ne s'est encore avisé d'étudier cet important problème de technique psychiatrique, encore moins, n'avons-nous trouvé nulle part le moindre texte récent traitant de la vertu curative de la réclusion cellulaire imposée au malade au titre de sanction. Il semble pourtant qu'une conduite de ce type ne puisse être reconnue valable qu'après avoir subi l'épreuve de la communication écrite et de la discussion publique. »

Je ne crois pas apporter en quelques lignes une solution ; quelques exemples me paraissent fournir la direction d'efforts valables pour tout psychiatre conscient, non aveuglé affectivement par une naïveté anti-sanctionniste.

Le psychiatre et ses collaborateurs peuvent et doivent manifester à bon escient au malade les limites au delà desquelles son attitude cesse d'être adaptée. Lorsque cette manifestation est perçue par le sujet comme une punition, ils doivent aussitôt lui faire sentir sa véritable signification. Ainsi de l'analyste, dont l'abstention ne manque pas d'être ressentie comme une frustration culpabilisante. La plupart des techniciens s'accordent à admettre alors la nécessité d'une brève intervention démasquant la signification du comportement pathologique.

Dans la néo-société hospitalière certaines attitudes réparatrices peuvent être proposées à certains malades : dans tel hôpital, la collectivité des malades possède un certain matériel, l'un d'entre eux le détériore, la communauté le prie de réparer le dommage ; le rôle du médecin se borne ici à suspendre cette demande auprès des sujets qui ne sauraient supporter sans danger cette démarche. Nous voici en pleine psychothérapie sociale adaptée, et si un sujet croit voir une « punition » dans cette réparation, le médecin intervient auprès de lui pour le détromper et lui manifeste le caractère strictement économique de la démarche dont il est l'objet...

L'amitié que je porte à l'un au moins des rédacteurs des brochures de l'organisation mondiale de la santé me porte à croire qu'il n'a laissé passer la phrase qui m'a choqué que par référence à de telles pratiques où le médecin conserve son rôle authentique. Je suis certain que l'unanimité de notre Société se ralliera à ce point de vue.

Mais d'autres concomitances me font accorder une importance exceptionnelle à la répudiation à laquelle je vous convie : ces derniers mois, deux lois, pour la première fois dans notre pays, ont mêlé une attitude répressive à la thérapeutique de deux affections redoutables : la toxicomanie et l'alcoolisme. Ces faits français, auxquels on pourrait ajouter vingt autres exemples analogues dans le monde, induisent

à penser que le temps n'est pas éloigné où la société n'hésitera pas à compromettre le médecin dans des tâches d'intimidation qu'elle juge, à tort ou à raison, nécessaire au maintien de sa stabilité.

Aussi cette fois, délaissant le terrain purement psychiatrique, je pense qu'il est nécessaire de réfléchir à la question : « Le médecin peut-il punir ? » Littré définit punir « faire subir à quelqu'un le châtiment de son crime, de sa faute ». Cette conduite est-elle compatible avec la fonction médicale ?

Il est facile de constater que toute notre éthique est fondée sur un principe tacite : « Le malade appelle le médecin pour que celui-ci supplée à son ignorance ou son impuissance en comptant qu'il agira sur lui dans les limites que lui impose sa conscience médicale, comme lui-même agirait s'il était averti et matériellement en état de le faire. » Toutes les règles concernant le secret, les autorisations d'intervention, etc..., et généralement tout le titre II de notre Code de déontologie découlent de ce principe que, pour ma part, je regrette de ne pas voir plus explicitement proclamé ; chaque fois que le médecin déroge à cette règle, toute sa personne, toute sa justification sont ébranlées. L'exercice de la médecine « libérale » fournit peu d'occasion de déviation. Mais les occasions pullulent lorsque le médecin se trouve investi de la puissance publique. Lorsque celle-ci le place à la tête d'une organisation répressive à l'égard de malades, reste-t-il médecin ? Imagine-t-on le malade ayant recours au médecin pour « recevoir de lui le châtiment de son crime, de sa faute » ? Certes, dira l'avocat du diable, nous voyons des malades réclamer le châtiment, mais il suffira, pour démasquer le sophisme, de demander ce qu'on penserait d'un chirurgien qui opérerait le pathomime.

J'ai dit que je souhaitais que notre Société ouvre un débat sur ce problème, c'est dire que mes conclusions ne sauraient être que provisoires, je les formulerai volontiers ainsi : la première est absolue, tranchante, rigoureuse, elle consiste dans la proclamation d'un principe : « Le médecin ne saurait, sans perdre son caractère, punir le malade. » L'adoption isolée de cette proposition ne serait qu'une hypocrisie, cependant préférable à la tolérance ouverte, c'est pourquoi je l'assortis d'une exigence technique : « L'analyse minutieuse des significations individuelles et collectives des conduites répressives et de contraintes dans lesquelles peut s'insérer l'activité médicale est une tâche indispensable et préalable à tout engagement et à toute action. »

Discussion

M. E. Minkowski. — M. Daumézon a souligné dès le début, à juste titre, la complexité du problème ; il l'a fait ressortir encore davantage au cours de son exposé. Nous sommes parfaitement d'accord avec lui

Il y a les mots et les faits ; ils ne sont pas entièrement superposables. Le terme « punition » sonne faux dans la bouche d'un médecin et produit incontestablement une impression fâcheuse dans le texte qui nous a été lu.

Mais les faits importent davantage ; c'est là qu'apparaît la complexité du problème. Il y a lieu de le situer dans la perspective qui, de nos jours, domine notre conception du malade mental et l'assistance aux psychopathes qui en découle, comme l'ont mis en relief les collègues qui nous ont précédé.

Chemin faisant, il y a lieu d'examiner les différentes mesures « thérapeutiques », préconisées dans diverses époques et qui, en raison de leur caractère coercitif, et cela probablement jusqu'à l'internement lui-même, peuvent fort bien être interprétées comme primitives quand bien même le « thérapeute » n'aurait pas eu d'intention de cet ordre. Ce côté du problème doit être réexaminé dans la perspective dont il a été question plus haut.

Mais, d'autre part, la vie des malades dans nos établissements hospitaliers « s'organise » de plus en plus et cherche ainsi à se placer sous le signe d'une collectivité. Mais toute organisation de cet ordre repose sur des règles qui doivent être respectées par chacun ; une infraction à ces règles ne saurait être acceptée et comporte, sinon une « punition », au moins des sanctions. Il faut voir évidemment comment et sous quelle forme ces sanctions seront maniées, afin d'obtenir le résultat recherché. Appliquées d'une façon appropriée, comme le veut toute collectivité, elles sont de nature à revaloriser le sentiment de responsabilité, ce qui est loin d'être un désavantage.

Dans bien des cas, le malade mental y est accessible, et cela, en le rapprochant des facteurs habituels de vie, est aussi conforme aux tendances modernes, dans les autres cas, la sanction n'a évidemment plus de raison d'être. Une difficulté supplémentaire pourra surgir de l'internement, dans la mesure où il tend à transformer la collectivité en collectivité « forcée ».

M. S. Follin. — Je voudrais simplement préciser un point. Le problème de la punition ou, en général, des sanctions disciplinaires en hôpital psychiatrique, ne peut pas se poser en soi comme un simple aspect particulier de la conduite du médecin. Il faut tenir compte de la structure et du fonctionnement d'ensemble de la vie du malade à l'hôpital dans tous ses aspects. L'un de ceux-ci est cependant particulièrement important : c'est l'organisation du travail.

Il me semble que certaines formes d'organisation du travail, de type que je qualifierai de concentrationnaire, entraînent comme une nécessité inévitable, l'obligation de disposer d'une salle de police pour les malades.

M. G. Deshaies. — La question soulevée par M. Daumézon est fort importante et évidemment très complexe.

Je crois que l'on peut distinguer à l'attitude punitive trois acceptions différentes.

1° L'attitude punitive morale, celle du profane. Précisément, dans la mesure où nous devons une attitude médicale, elle se distingue de la perspective morale courante. Le médecin, comme tel, ne saurait donc punir.

2° L'attitude punitive légale, qui répond à une faute. Il s'agit d'un coupable, ressortissant du juge, du magistrat, du policier. Le médecin ne saurait agir en magistrat ni en gardien de prison.

3° L'attitude punitive thérapeutique ou médicale. Ici, l'intention est médicale, mais l'effet est ressenti comme une punition par le malade.

Nous abordons ici le vaste domaine de la psychothérapie. Les attitudes variées selon les médecins, selon les malades, selon les circonstances. On voit mal comment tout cela pourrait être codifié. Il aurait été intéressant de connaître l'avis de M. Brousseau à ce sujet.

D'autre part, l'allusion faite par M. Daumézon aux lois récentes contre les toxicomanes et les alcooliques est spécialement justifiée. Dans ces

textes, les sujets sont dits malades et punis comme délinquants, ce qui paraît inadmissible.

L'application de la méthode physique préconisée par Carrère semble devoir exiger une délicatesse psychologique assez peu commune dans les services.

Même dans le cas privilégié de l'alcoolique, le fait de se voir en plus en état de délirium risque d'être très dramatisant. Sans doute, certaines réactions anxieuses peuvent être thérapeutiques, mais le sait-on à l'avance ?

Il faut que le malade soit bien connu psychologiquement et psychopathologiquement pour que l'on puisse se permettre d'utiliser ce procédé original.

Le risque serait grand de le voir pratiqué d'une manière collective et anonyme, étendu aux névropathes, psychopathes, etc..., ce qui entraînerait certainement des catastrophes.

M. X. Abély. — Dans cette question, il serait utile d'envisager à part le cas des anormaux pervers, anti-sociaux. Autrefois, on leur infligeait les peines habituelles de prison. Depuis, on tend de plus en plus à les considérer comme des psychopathes et à les interner dans des services psychiatres spéciaux, d'où ils débordent d'ailleurs fâcheusement sur les services ordinaires. Dans les pays où l'on a institué une loi de défense sociale, ils sont placés dans des établissements médico-pénitentiaires. Qu'il s'agisse de ces établissements ou des services psychiatriques spécialisés, ils prennent le double caractère de lieux de traitement et de sanction, tant par leur organisation que par leur discipline. Cette mesure a pris le nom typique de « sanction thérapeutique », plus redoutée souvent des anormaux que la peine de prison, en raison de sa durée indéterminée. C'est l'internement lui-même qui acquiert, dans son ensemble, une nature répressive. Cette sanction, à laquelle participe le médecin, comporte un rôle d'intimidation, un facteur d'inhibition des tendances nocives, dont l'influence est certaine sur ces antisociaux. Tant que des modes médicaux plus modernes d'amendement ne seront pas découverts, elle paraîtra nécessaire. En tout cas, la sanction thérapeutique a constitué un progrès sur la sanction carcérale.

M. M. Leconte. — fait remarquer que la Société agit sagement en demeurant prudente en présence des problèmes traités par l'orateur.

En effet, il ne faut pas confondre licence et liberté ; le problème des sanctions se pose de façon tout à fait particulière dans les colonies familiales, où les malades se trouvent livrés à eux-mêmes.

M. Daumézon nous signale qu'à Saint-Alban, lorsqu'un malade casse un disque, il le rembourse.

C'est assurément là une innovation qu'il appelle simplement une « sanction économique ». En appelant celle de la privation de spectacle « sanction artistique » — et le changement de pavillon en cas d'agitation « sanction hospitalière » — il est probable que nous tomberons tous d'accord ; on ne peut éviter que certaines mesures soient considérées par les malades comme des punitions.

En outre, il convient de remarquer que le problème ne saurait être résolu de façon péremptoire, car pour beaucoup de malades, c'est un hommage à leur rendre que de les assimiler à des sujets normaux, et c'est aussi une façon de les préparer à la sortie et à la réintégration dans la société, que de continuer à leur laisser entendre que certains actes demeurent défendus.

Il existe un groupe particulier d'invalides mentaux qui sont internés et pour lesquels l'intimidation doit demeurer une arme thérapeutique.

M. L. Bonnafé. — Comme M. Daumézon l'a rappelé, j'avais, en 1949, insisté sur la nécessité d'une discussion approfondie sur le problème des

conduites punitives et des sanctions en général en pratique psychiatrique. Rendons-lui grâces d'avoir rompu la conspiration du silence organisée autour de ce problème.

Je me souviens des préoccupations que j'avais dans la rédaction du texte cité et je crois utile de les rappeler : il y avait d'une part, certes, une sorte de « défi » adressé à qui voudrait justifier des conduites punitives qui existent dans la pratique sans que personne ose jamais les défendre. Mais il y avait aussi un souci qui n'a jamais cessé de m'inquiéter, celui d'éviter la naïveté non-sanctionniste. A l'époque, le problème avait été posé (la discussion tourna court depuis), non à propos de la psychiatrie d'adultes, mais des pratiques de rééducation en maisons d'enfants: Certains confrères, ayant tenté des expériences de rééducation non sanctionniste intégrale, avaient exprimé leur déception devant les résultats de ces expériences, soldées en fait par des désordres profonds du comportement des enfants, et je pensais que, dans la pratique de la psychiatrie d'adultes, des leçons devaient être tirées de ces faits.

Il me paraît évident que, si le problème est scotomisé, ce n'est pas seulement pour des raisons de faiblesse doctrinale. Il faut invoquer aussi le fait que, dans notre pratique, nous ne disposons pas des moyens de réaliser des expériences valables.

Dans les asiles à population hétéroclite que restent nos « hôpitaux psychiatriques », nous sommes obligés de faire cohabiter des types de malades, de demi-malades ou d'assistés extrêmement divers, pour qui les sanctions résultant des comportements anti-sociaux devraient être très différentes. L'attitude du personnel et la nôtre ne peuvent, dans la vie de la collectivité, s'adapter à l'extrême diversité qui serait nécessaire. Telle conduite adoptée à l'égard d'un malade crée le climat dans lequel vivent les autres. Entre les hospitalisés surtout, les conséquences les plus funestes naissent de cette cohabitation, les troubles de telle schizophrène sont sanctionnés par la riposte brutale de telle « caractérielle », etc...

Alors même que nous pourrions pratiquement procéder à une meilleure sélection, nous serions désarmés encore du fait de l'impossibilité où nous restons d'individualiser les conduites rééducatives.

A ce propos, je crois nécessaire de s'élever contre l'usage véritablement intolérable qui est fait de la terminologie réflexologique dans la justification des conduites répressives à l'égard des malades. Dans Hermann Simon déjà, cet abus était flagrant, et il me paraît profondément regrettable qu'il tende à faire école.

Toute véritable pensée réflexologique vise à établir une connaissance des déroulements de circonstances et d'événements qui ont conduit l'individu à tel ou tel comportement, afin d'orienter de nouveaux déroulements de circonstances et d'événements pouvant contribuer à créer de nouveaux comportements.

La conclusion minima d'un examen des problèmes à la lumière de la pensée réflexologique, c'est d'éviter la répétition des traumatismes qui ont joué un rôle dans la détermination des conduites que l'on prétend corriger, de veiller à ne pas provoquer de nouvelles collisions analogues aux collisions pathogènes éprouvées dans le passé.

Pour cela, la connaissance approfondie, individuelle, du malade, est une nécessité. Et la mécanique punitive est réduite à engendrer plus de désastres que de bienfaits.

Je ne peux, quant à moi, me poser le problème des sanctions dans le service psychiatrique, sans me dire combien de malades, quelles que soient la qualité, la chaleur de l'accueil qui leur est fait, l'atmosphère de sympathie dont on les environne, aussi radicale que soit la liquidation des aspects carcéraux dans le service, persistent à répéter : « Pourquoi suis-je ici, je n'ai ni tué, ni volé. »

M. G. Daumézon. — Je souhaitais soulever une discussion : mes vœux sont comblés. Je ne doute pas que les avis que recueillera la Commission, la discussion du rapport qu'elle présentera, permettent des échanges fructueux.

Il me paraît nécessaire pour éviter toute confusion, de répéter que ce que j'entends condamner, ce sont les conduites punitives caractérisées et non des mesures thérapeutiques ou des mesures de précaution banale. Suspendre l'envoi au cinéma d'un malade en imminence de bouffée délirante n'a rien de commun avec l'institution d'une salle de police.

L'intervention de Le Guillant met l'accent sur le double rôle du médecin dans une institution de soins : médecin d'une part, chef de service de l'autre, cette dernière qualité peut être la source des pires errements. Faut-il rappeler que l'édition du livre d'Hermann Simon se termine par une note de Karl Schmider (dont on sait le rôle qu'il a joué dans l'extermination des aliénés en Allemagne), Schmider dit en propres termes : « Le médecin ne doit pas hésiter à devenir le führer de ses malades. » Au cours des travaux de la Commission, nous aurons à tenir compte de ces aspects et de ces dangers.

Mais en dehors de l'aspect particulier à notre spécialité, je pense que nous ne négligerons pas le problème général d'éthique médicale que j'ai cru devoir poser.

M. L. Bonnafé. — Si des conclusions utiles peuvent être tirées de cette discussion, ce que je crois, je pense qu'elles devraient tenir compte des considérations suivantes.

L'adoption de conduites visant à souligner la responsabilité des malades, à élever chez eux le sentiment de cette responsabilité, à décourager des comportements pathologiques, ne saurait être fondée que sur une connaissance individuelle approfondie du malade, des circonstances et événements traumatisants de son passé, et sur une appréciation soigneusement établie de son niveau de responsabilité.

La réalisation d'un cadre de vie et de conditions de travail permettant en fait cette individualisation des conduites thérapeutiques, est une exigence technique minima.

En tout cas, la structure générale, le climat du service ont, sur ce terrain, une importance décisive et la condition première, pour éviter le développement des sanctions pathogènes, est de tout mettre en œuvre pour extirper aussi radicalement que possible les structures oppressives dans la vie de la collectivité de soins. On peut discuter sur ce qui est oppressif et ce qui ne l'est pas, mais qu'au moins on admette le principe et qu'on poursuive effectivement la discussion.

A la suite de la communication de M. Daumézon et de la discussion qu'elle a provoquée, la Société décide de charger une commission d'étudier cette question et d'en rapporter les conclusions.

La *commission* est composée de MM. Bonnafé, Daumézon, Deshaies, Follin, Leconte, Le Guillant, Minkowski, et de Mme Ragu.

Le psychochoc cinématographique. Principes et technique. Application au traitement des malades convalescents de delirium tremens, par M. Jean Carrère (de Fleury-les-Aubrais).

Au cours de la pratique psychiatrique, il apparaît souvent que le malade mental présente une méconnaissance complète ou partielle de son comportement : méconnaissance parfois sincère, parfois com-

pliquée de mauvaise foi ; il m'a semblé qu'elle traduisait bien souvent un refus de la maladie ou tout au moins de la gravité de celle-ci.

Dans certains cas cette méconnaissance de la maladie paraît totale. Lorsque les malades, à la suite de différents traitements, redeviennent lucides, ils sont souvent incapables d'expliquer leurs troubles. Très rapidement leur guérison s'accompagne de l'oubli des périodes morbides ; c'est un processus de guérison parfois heureux mais gênant en d'autres cas. Il suffit de lire le journal d'un schizophrène de Sécheaye pour se rendre compte combien nous pénétrons difficilement les troubles morbides et combien les malades n'ont qu'une conscience relative de leur état.

Il m'a donc semblé utile de pouvoir présenter au malade une image de son comportement morbide, image où il puisse se reconnaître. Il se peut, d'ailleurs, que dans certains cas le malade se refuse à admettre cette image comme étant sienne, en raison des modifications apportées à son aspect par la maladie ; il y a donc là déjà quelques difficultés à résoudre ; il est certain que devant certaines photographies nous avons de la peine à reconnaître un de nos proches ou nous-même, car l'image que nous voyons est loin de correspondre à l'image idéale que nous nous en faisons. Au surplus, dans bien des cas, le malade, extrêmement indifférent, risque de n'apporter aucun intérêt à la présentation de ces images de son comportement.

Le psychochoc cinématographique pourrait, bien que nous n'en ayons pas encore l'expérience, contribuer à raccourcir la durée des psychothérapies de groupe (psychodrame, entre autres), par la projection devant les malades de leurs diverses attitudes au cours des étapes de la psychothérapie, et leur faire prendre une plus nette conscience de leurs difficultés et attitudes névrotiques. Ce procédé s'apparente à l'enregistrement du psychodrame en phonie et à sa reproduction devant les participants, par exemple.

L'essai thérapeutique que nous venons de commencer ne nous permet de donner que quelques indications générales susceptibles de modifications.

Le *principe* consiste à filmer le malade durant les périodes de comportement anormal et à projeter ce film devant lui lorsqu'il est lucide. Il est évident que la période de lucidité peut n'être que très relative ou ne se présenter que très tardivement. Nous croyons que dans certains cas, chez le malade chronique, particulièrement indifférent, la méthode des électrochocs rapprochés permet d'obtenir une lucidité convenable permettant cette projection et l'appréciation de ce film par le malade lui-même. Ce point sera repris dans d'autres communications. Chez les malades aigus, l'intérêt est moindre lorsque nous sommes en présence de troubles dans l'étiologie desquels n'existe pas une participation consentante du malade, à l'opposé de ce qui se produit dans les toxicomanies, l'alcoolisme, en particulier. Nous envisageons surtout la thérapeutique des états alcooliques et leur

psychothérapie après la période d'état subaigu ou après la période de delirium tremens.

La *technique* consistera surtout à filmer ces malades dans leur comportement pathologique, le plus simplement possible, sans intervention apparente du personnel hospitalier, de façon à éviter chez le malade, lorsque le film sera projeté, l'impression que cette attitude lui a été commandée ou suggérée. A mon sens, il faut éviter de filmer le malade soutenu par un interne ou un infirmier ; il faut éviter aussi de lui commander des gestes car il pourrait en garder ou en retrouver parfois le souvenir devant le film ; de même, il est nécessaire d'éviter, lorsque la chose est possible, une tenue vestimentaire différente de la tenue vestimentaire habituelle, quoique en ce qui concerne le delirium tremens il ne faille pas sacrifier à ce souci le côté spectaculaire et traumatisant que cette projection peut avoir ; nous risquerions d'aboutir peut-être à un résultat inférieur à celui recherché.

Il est encore trop tôt pour que nous donnions des résultats d'essais nombreux de psychothérapie cinématographique mais, à mon sens, ils peuvent permettre d'éviter une rechute au cours des toxicomanies alcooliques.

Par ailleurs, ces recherches doivent pouvoir s'étendre à des troubles psychiatriques divers et permettre une meilleure compréhension de ces cas ; peut-être des réactions anxieuses se produiront-elles à ce moment-là, qui seront le départ de thérapeutiques plus actives. Il semble, en effet, que l'indifférence affective d'un grand nombre de malades soit un aspect particulièrement grave, tandis que l'anxiété puisse être considérée en certains cas comme un pas vers une amélioration.

Un problème se pose : celui du secret médical. Etant donné que ces films auront pour but d'être projetés seulement devant le malade filmé et, dans certains cas, devant des milieux médicaux, il ne me paraît pas, médicalement parlant, trahir le secret que nous devons à nos malades en les filmant dans un but thérapeutique. La projection périodique des états de délirium tremens qu'ils ont présentés chez certains de nos malades pourrait même constituer une psychothérapie d'entretien, lorsque les cures habituelles de désintoxication les auront améliorés suffisamment pour leur permettre de reprendre leur vie normale.

On peut même se demander si la projection de films représentant des malades en état de délirium tremens ou d'acteurs simulant les états de délirium tremens ne pourrait avoir un certain effet sur les alcooliques chroniques lucides n'ayant jamais présenté de délirium tremens ou d'état subaigu. Au surplus, il y aurait peut-être intérêt à provoquer chez l'alcoolique chronique un état subaigu pour que, par un « auto-ilotisme » (que l'on me pardonne ce néologisme), le sujet soit convaincu de la nocivité de la toxicomanie alcoolique.

Application

Cas de P... M... — Delirium tremens typique ; première crise chez un sujet jeune, cultivateur, dont l'affectivité et le fond mental après la disparition de l'état aigu se révèlent satisfaisants, a fortement réagi devant le film de son agitation. Nous reproduisons les quelques propos échangés au cours de la projection :

Q. (le médecin). — Vous reconnaissez-vous, bien que ce ne soit pas très net ?

R. (le malade). — Oui.

Q. (le médecin). — Vous dépliez une couverture... Vous êtes en train de la déchirer, de la transformer... Vous croyez que c'est votre pantalon (la couverture a été roulée en un cylindre que le malade prend pour une partie de son pantalon), que pensez-vous de tout cela ?

R. (le malade). — Faut être fou pour faire ça...

Q. (le médecin). — Vous vous reconnaissez encore ?

R. (le malade). — Oui (pleurs).

Commentaires faits après la projection :

Q. (le médecin). — Voyez-vous, c'est l'abus de boisson qui vous a conduit là. Vous ne pensiez pas que vous ayez fait cela. Vous ne vous en souveniez pas ?

R. (le malade). — J'ai commencé à être lucide, le mardi seulement.

Q. (le médecin). — Vous croyez que vous ne boirez plus ?

R. (le malade). — C'est fini maintenant ; j'ai un gosse, une femme... (ton très ému) ; quand partirai-je ?

R. (le médecin). — Bientôt, on va finir de vous soigner, puis vous rentrez chez vous, vous mènerez une vie normale.

(le malade). — Je sentais que ça n'allait pas, évidemment, j'avais la tête lourde ; depuis trois semaines, un mois, ça n'allait pas.

Q. (le médecin). — Vous avez des projets pour plus tard ?

R. (le malade). — Qu'est-ce que vous voulez, j'ai la culture...

Q. (le médecin). — Direz-vous aux gens que le vin est dangereux ?

R. (le malade). — Oh, oui !

Q. (le médecin). — Vous le défendrez à votre fils ?

R. (le malade). — Oui, d'ailleurs il m'a vu, il commence à raisonner, il a 7 ans, 7 ans 1/2, il commence à comprendre.

Q. (le médecin). — Que disait votre femme de votre état ?

R. (le malade). — Elle avait plutôt peur qu'autre chose.

Cas de P... L... — Delirium tremens, typique, chez un malade qui, une fois traité, se révèle affectivement et intellectuellement plus fruste que le précédent.

Commentaires faits lors de la projection du film :

Q. (le médecin). — Maintenant vous allez bien, mais vous n'avez pas toujours été ainsi ; vous allez vous voir sur l'écran, voir ce que vous faisiez lorsque vous étiez malade, lors de votre entrée ici. Vous vous rappelez de votre entrée ?

R. (le malade). — Non.

Q. (le médecin). — Vous passiez tout votre temps à rouler et à déchirer votre matelas ; regardez-vous, vous vous reconnaissez ?

R. (le malade). — Oui.

Q. (le médecin). — C'est bien vous ?

R. (le malade). — Oui.

Q. (le médecin). — Vous voyez ce que le vin vous a fait faire, pendant trois jours. Qu'en pensez-vous ?

R. (le malade). — (pas de réponse), puis « ce n'est pas drôle ».

Q. (le médecin). — Maintenant vous allez bien, vous êtes guéri, mais si vous vous remettez à boire, un jour vous redeviendrez ainsi.

R. (le malade). — J'espère ne pas redevenir comme ça.

Q. (le médecin). — Regardez : vous soulevez votre matelas, vous vous rappelez ?

R. (le malade). — Non.

Q. (le médecin). — Dans la nourriture, vous trouvez des choses qui sont mauvaises. Vous croyez qu'il y a des débris dans le pain, dans le fromage. Vous vous rappelez un peu ?

R. (le malade). — Non.

Q. (le médecin). — Vous semblez chasser quelque chose (sur l'écran). Qu'aviez-vous vu ? des images ?

R. (le malade). — Réponse incompréhensible, puis, « je voyais surtout beaucoup d'animaux de toutes sortes. ».

Comportement des malades les heures suivant la projection :

Surtout à base de repliement, de songeries, dans l'ensemble comportement préoccupé, sans participation à l'ambiance généralement gaie du service, puis peu à peu retour à une attitude syntone.

Lors du départ, la proposition d'une deuxième projection se heurte dans le premier cas à une attitude de refus poli, mais assez catégorique, du genre : « Ça suffit comme ça, j'ai compris ! »

Tels sont les essais psychothérapiques que nous poursuivons actuellement dans le service pour alcooliques que nous avons récemment créé à Fleury. Ils s'intègrent dans l'ambiance psychothérapique générale de ce service, dont les divers éléments devraient se retrouver dans tous les services pour alcooliques.

1° Enquête sociale par assistante spécialisée.
2° Examen somatique habituel.
3° Psychothérapie individuelle.
4° Ergothérapie.
5° Dromothérapie, et sports adaptés aux divers sujets.
6° Psychothérapie sociale auprès de l'entourage et du lieu de travail, soit directe, soit par l'intermédiaire de l'assistante sociale, particulièrement au courant de ces problèmes par la pratique des centaines de malades vus et traités depuis trois ans.

Il y a là un ensemble au moins aussi utile que la thérapie de déconditionnement, dont les effets se révèlent fugaces s'ils demeurent non acceptés foncièrement par les malades. La confiance des malades au service demeure grande au départ et, en cas de rechute, nous les voyons revenir d'eux-mêmes, pour la plupart sans appréhension.

Discussion

M. G. Daumézon. — Il faut sans doute beaucoup louer M. Carrère de son ingéniosité et de son zèle, néanmoins nous savons tous que l'alcoolisme est loin de pouvoir se réduire à une pure appétence de gourmandise justiciable d'une inhibition par intimidation. Nous connaissons tous des cas où, au contraire, l'appétence pour le toxique semble traduire un violent désir plus ou moins conscient d'anéantissement, voire de mort.

Aussi, pour si intéressante que soit la méthode proposée par notre collègue, elle demande à être utilisée avec la plus extrême prudence ; son emploi standard à l'égard de tous les alcooliques serait sans doute la source d'ennuis graves. La précision de ces indications est un temps préalable à sa mise en œuvre.

Cure ambulatoire de trois cas d'anorexie mentale, par MM. M. Ferrier, J. Rondepierre, R. Charroing et A. Hugelin

Au cours de cette communication nous n'avons nullement l'intention de contester la valeur fondamentale de la cure d'isolement appliquée de façon classique aux malades atteints d'anorexie mentale. Nous nous proposons de montrer simplement que l'isolement, dans certains cas, peut-être particuliers, ne s'impose pas toujours de façon absolue.

Observation 1. — Renée F..., 21 ans, anorexie mentale remontant à deux ans et demi, a été traitée sans succès quatre mois, puis deux mois, dans deux hôpitaux parisiens. L'état de la malade s'est plutôt aggravé : l'anorexie subsiste intégralement et sont apparus des œdèmes de carence.

Renée F... est aménorrhéique et la cessation du flux menstruel a précédé de deux mois environ l'amaigrissement. Celui-ci est considérable : 29 kilos pour une taille de 1 m. 65. Comme retranchée du monde extérieur, la malade ne réagit pas : sa mère répond pour elle. Pourtant, Renée F... suit la conversation, elle semble convenir que son comportement habituel est toujours très intériorisé, qu'il existe une mésentente sérieuse entre elle et son père d'une part, entre son père et sa mère d'autre part. Par contre, elle ne paraît pas être d'accord sur le fait qu'elle a voulu maigrir pour des raisons d'ordre esthétique, ceci en raison d'un attachement sentimental, qui aboutit finalement à une déception.

L'état de faiblesse de la malade était extrême. Depuis peu, son activité physique et intellectuelle était nulle.

Tous les examens concernant les divers appareils se montraient cliniquement, radiologiquement et biologiquement normaux.

Frottis vaginaux et dosages des œstrogènes totaux avaient montré l'existence d'une inertie ovarienne totale. Par contre, FSH aurait été sensiblement normal tandis que LH = 0. L'élimination des 17-cétostéroïdes se montrait légèrement élevée (14 mgr.) en concordance avec une hypertrichose généralisée, mais plus particulièrement marquée au niveau de la lèvre supérieure et des joues. Le morphogramme de Decourt et Doumic témoignait d'une persistance d'un état pubertaire (diamètre bi-trochantérien réduit, élévation excessive de la hauteur trochanter-sol).

Observation 2. — Geneviève G..., 22 ans. Début de l'affection en 1946 (six ans auparavant) par une aménorrhée survenant brutalement chez une jeune fille réglée normalement jusqu'alors. Les mois suivants : anorexie, amaigrissement rapide (10 kilos en deux mois), fatigue intense. Changement d'humeur et de caractère très notable : la malade (qui n'a jamais été très sociable, mais qui restait gaie en famille jusqu'au début de sa maladie) devient triste, irritable et inactive.

Elle est traitée, à cette époque, à l'hôpital Necker (mais sans isolement). En 1947, une appendicectomie n'amène aucune amélioration

En 1948-1949, un traitement endocrinien intensif à Lille, prescrit par le Dr Laniez, provoque une grosse amélioration (12 kilos en six mois), mais la rechute est rapide.

En 1952, la malade entre à Ville-Evrard, à la demande de son médecin-traitant.

On note seulement des troubles caractériels à base d'irritabilité, un état dépressif léger avec pleurs, de l'instabilité. A ce moment, l'anorexie mentale *n'existe plus*, la malade mange sans dégoût, mais elle continue à maigrir : pesant 35 kg. 900 (pour une taille de 1 m. 565) à son entrée dans le service, elle n'en pèse plus que 34 onze jours après, au moment de sa sortie.

Son morphogramme est de type pubertaire.

Recherches hormonales confiées au laboratoire Hinglais :

Dix frottis vaginaux effectués environ tous les trois jours, du 24-1-52 au 20-2-1952, montrent une série de frottis atrophiques donnant l'image d'une inertie complète de la muqueuse.

Des dosages hormonaux pratiqués dans les urines à quatre reprises pendant la même période montrent : FSH néant : moins de 5 unités-rat Zondek ; LH néant : moins de 3 unités Hinglais ; œstrogènes totaux néant : moins de 6 ; 17-cétostéroïdes : 8 mgr. 6, chiffre normal bas.

La malade présente un certain degré d'hypertrichose généralisée. Une tentative de traitement, poursuivie pendant deux mois, par les gonodotrophines sérique et chorionique n'aboutit qu'à une perte de poids supplémentaire de un kilo.

La malade est alors soumise au traitement dont nous indiquerons simultanément les résultats dans nos trois cas.

Observation 3. — Mlle Monique M..., 21 ans. Vient consulter pour un amaigrissement considérable (20 kilos) ayant débuté un an auparavant.

Cet amaigrissement est survenu sans aucune cause apparente d'ordre physique ou moral ; la malade accuse seulement une vive répulsion à l'idée de s'alimenter et une tendance nette à l'insomnie. Chez cette jeune fille de 1 m. 63, pesant 58 kilos avant sa maladie, et n'ayant par ailleurs aucune tendance spontanée à l'engraissement, on peut admettre que le *primum movens* de l'anorexie ne réside pas dans un désir forcené d'amaigrissement, d'autant que la malade, approuvée par sa mère, nie toute tentative de ce genre.

Une appendicectomie pratiquée six mois auparavant n'a exercé aucune influence.

L'aménorrhée, installée depuis dix mois, n'a cédé à aucune thérapeutique hormonale.

A l'examen du 4-9-1952 on note : malade décharnée ; peau sèche et rugueuse ; poids, *32 kg. 500* ; hypertrichose légère aux cuisses, jambes,

avant-bras et bras ; pilosité pubienne abondante, prolongée vers l'ombilic suivant un type viriloïde. Pilosité axillaire normale.

Seins réduits (modérément) de volume, mais d'apparence normale, contrastant même avec la maigreur squelettique du sujet. Aréole et mamelon normalement pigmentés.

Les divers appareils sont normaux cliniquement.

A la radio : poumons normaux, transit gastro-intestinal normal. Thyroïde non palpable. Chvostek fortement positif. Morphogramme de type pubertaire.

La malade et sa famille refusent obstinément toute hospitalisation.

Principes de la cure ambulatoire. — Pour Delay ainsi que pour Decourt, l'anorexie mentale représente l'expression psychosomatique d'une crise de l'adolescence. Toutefois Decourt, qui est tenté de substituer à la dénomination classique celle de « cachexie psycho-endocrinienne de l'adolescence », indique formellement qu'il « ne donne pas à ces deux termes une filiation chronologique » mais qu'il « semble bien que les deux ordres de processus doivent être considérés comme deux aspects simultanés d'un même dérèglement fondamental, que les données neuropsychologiques modernes tendent tout naturellement à centrer sur l'hypothalamus ».

Les faits que nous apportons sont nettement en faveur de la conception de Decourt. Toutefois la « sorte de régression vers l'enfance » invoquée par cet auteur ne nous apparaît pas évidente. Pour nous il n'y a pas régression vers l'enfance, mais suspension prolongée (et parfois définitive) du processus évolutif normal vers l'état adulte, à la faveur d'un incident psychologique souvent minime.

Ainsi posé, le problème de l'anorexie mentale se ramène à celui d'un retard puis d'un arrêt de croissance.

Il paraissait dès lors logique d'appliquer à ce *trouble de croissance* la thérapeutique hormonale préconisée de longue date par l'un de nous (1). Il semblait également rationnel de chercher à calmer les réactions neuro-végétatives des malades par un traitement approprié et, enfin, de s'efforcer de neutraliser les influences extérieures susceptibles d'aggraver leurs réactions nerveuses.

Ainsi conçu, le traitement se déroule sur le plan hormonal, sur le plan neuro-végétatif et enfin sur le plan psychique.

a) *Sur le plan hormonal.* — Nous avons utilisé l'effet produit sur la croissance par l'administration d'œstrogènes à doses faibles. En pratique, nous avons eu recours à la dihydrofolliculine par voie orale, donnée quinze jours consécutifs par mois, de 15 à 30 gouttes, en progressant d'une goutte chaque jour. La dose totale d'œstradiol ainsi

(1) Marcel Ferrier. — Communication à la Société de thérapeutique, 1942. *La Clinique*, 5 et 20 octobre 1945. Le traitement des retards et arrêts de croissance par les substances œstrogènes.

absorbée est minime (1 mgr. 2/5). La folliculine à doses faibles agit également sur l'hypophyse gonadotrope : elle représente donc un *facteur de maturation.*

Riffenstein et d'Albright ont montré que les aménorrhées d'origine hypothalamique ont certaines caractéristiques biologiques fréquemment retrouvées dans les aménorrhées de l'anorexie mentale. Ce sont : une conservation à un taux bas mais normal de FSH ; une absence totale de LH ; une carence à peu près complète des œstrogènes.

Cette carence des œstrogènes pourrait être la conséquence de l'effondrement de LH. A ces caractéristiques, Decourt et Jayle ajoutent la conservation fréquente du taux normal et même parfois légèrement augmenté des 17-cétostéroïdes. Pour Decourt, cette permanence serait, soit le fait d'une conservation partielle de l'activité hypophysaire sur la cortico-surrénale, soit le résultat d'une perturbation du métabolisme intermédiaire des substances androgènes du fait de l'hypofolliculinisme.

On peut penser que l'apport d'œstradiol exogène exerce une action favorable suivant deux modes : l'un direct, en abaissant le taux des 17-cétostéroïdes, l'autre indirect, plus vraisemblable, qui stimulerait la sécrétion de LH, et dont l'action est indispensable pour que les cellules thécales sécrètent l'œstradiol. L'ensemble de ces actions aboutissant au phénomène de maturation, c'est-à-dire à la sensibilisation du centre hypothalamique, que l'on peut considérer comme insuffisamment développé, puis frappé secondairement de sidération chez l'anorexique mental.

b) *Sur le plan neurovégétatif.* — Nous recherchons la stabilisation du système neurovégétatif par l'utilisation du chlorhydrate d'histidine par voie intradermique d'abord, par voie parentérale ensuite (suppositoires), dès que l'état de la malade permet une action moins intense.

Le chlorhydrate d'histidine paraît beaucoup moins efficace lorsqu'on ne lui adjoint pas l'action d'un anti-histaminique de synthèse, hypnogène ou non, suivant qu'il existe ou n'existe pas de trouble du sommeil.

c) *Sur le plan psychique.* — Nous nous abstenons absolument de toute action psychothérapique volontaire directe sur la malade. Nous interdisons à leur entourage la moindre allusion à leur état d'anorexie et de maigreur ; nous exigeons la suppression totale des incitations, de quelque nature qu'elles soient, à manger davantage.

Ces mesures sont donc diamétralement opposées au principe d'autorité qui domine dans la cure d'isolement, ainsi qu'à celui de la psychothérapie invigoratrice. La collaboration compréhensive des parents est évidemment nécessaire. Elle est souvent assez difficile à obtenir et se montre parfois impossible.

Résultats. — Dans les trois cas nous avons obtenu, dès le deuxième mois du traitement, une reprise de poids, précédée d'ailleurs par une

amélioration très nette du psychisme, caractérisée surtout par un retour de la gaieté et par un appétit de vie qui faisaient totalement défaut auparavant. Seule Renée (n° 1) (certainement la plus atteinte au point de vue psychique), en un an, n'a repris que 7 kg. et demeure aménorrhéique. Pourtant, après deux mois de traitement, elle retravaillait comme gardienne d'enfants.

Par contre la progression du poids a été rapide dans les observations 2 et 3. Geneviève, en six mois, passe de 33 kg. à 57 kg. Monique passe, en huit mois, de 32 kg. 500 à 52 kg. (et ceci en dépit d'un choc sentimental important). Dans ces deux cas la menstruation est revenue en cours de traitement : le huitième mois (n° 2), le cinquième (n° 3) ; elle se reproduit depuis lors régulièrement.

En somme, sur trois malades, la cure ambulatoire a été suivie de deux guérisons et d'une amélioration très importante étant donné l'échec antérieur de la cure d'isolement associée à la psychothérapie.

Discussion. — Nos trois malades présentaient bien toutes les caractéristiques essentielles de l'anorexie mentale : état cachectique, aménorrhée précoce, troubles du psychisme, état d'immaturation somatique correspondant à une immaturation affective. Dans deux cas l'aménorrhée a été précoce, comme le signale Decourt, survenant chez des filles antérieurement bien réglées, dans le troisième elle se manifesta très peu après le commencement de l'amaigrissement. Ce mode de début, ainsi que les caractéristiques biologiques sur le plan hormonal, réalisent ce que nombre d'auteurs considèrent comme la représentation-type des aménorrhées d'ordre psychique.

Par ailleurs, l'évolution favorable, l'âge des malades, l'absence de toute manifestation génitale ou autre susceptible d'avoir provoqué une nécrose hypophysaire, permettent d'éliminer avec certitude la maladie de Simmonds ou le syndrome de Sheean.

Conclusions. — La cure ambulatoire de l'anorexie mentale est donc réalisable, du moins dans certains cas. Naturellement, on ne l'utilisera pas chez des malades dont la vie est en danger.

Elle doit être tentée chez tout malade qui refuse l'hospitalisation. Elle reste une possibilité lorsque la cure d'isolement (même associée à d'autres traitements : psychothérapiques, insuliniques ou sismothérapiques) a échoué.

Elle mérite d'être essayée en cure d'isolement dans la mesure où elle peut permettre au malade une guérison sans contraintes.

Discussion

M. P. Abély. — Le problème de l'anorexie mentale est encore loin d'être élucidé. Les données nouvelles que nous apportent les présentateurs sont pleines d'intérêt mais elles n'expliquent pas encore pourquoi, avec des facteurs identiques, ces anorexies ne se rencontrent exclusivement que dans le sexe féminin.

Évolution progressive d'un syndrome hallucinatoire complexe, vers un état d'hallucinose, par MM. P. Picard, P. Navarranne et R. Le Bras (médecins de la Marine).

Les tendances cartésiennes, fruit de notre culture latine, nous font apprécier la clarté sémiologique projetée par H. Claude et H. Ey sur les anomalies de la perception, depuis qu'ils ont apporté le concept de l'hallucinose.

Cette notion permet de séparer l'hallucination vraie, non critiquée par le malade, de l'anomalie sensorielle, créatrice d'images qui n'entraînent pas la conviction du sujet, et que celui-ci ne projette pas dans le monde extérieur.

La clinique nous apporte cependant des cas, plus nuancés, parfois intermédiaires, dont les symptômes se transforment au cours de l'évolution de l'affection. Ch. Nodet écrivait déjà en 1938, à propos des psychoses hallucinatoires chroniques : « Le gros problème est de savoir si le passage de l'hallucinose à l'hallucination est possible ou non. »

C'est une observation de cette nature que nous avons l'honneur de vous exposer : elle nous a paru intéressante à rapporter car elle correspond à l'évolution inverse, d'un état hallucinatoire vers un état d'hallucinose.

Observation. — Mlle G..., âgée de 42 ans, est régulièrement suivie dans les services médicaux de l'hôpital Sainte-Anne à Toulon, depuis octobre 1944. Tous ses ennuis de santé, dit-elle, ont été provoqués par une violente commotion, le 5 juillet 1944, au cours d'un bombardement : projetée contre la paroi d'un abri par le souffle d'une explosion, elle fut fortement traumatisée et ressentit un choc émotif intense. Quelques semaines plus tard, elle présente une légère exaltation psychique, compliquée de troubles endocriniens discrets : pilosité, pigmentation cutanée brunâtre, oligoménorrhée, légère hypertrophie thyroïdienne droite, signes intriqués avec une sympathicotonie manifeste. L'épreuve du métabolisme basal donne des résultats contradictoires, aussi le diagnostic de basedowisme fruste n'est-il porté qu'avec beaucoup de réserves.

Le 10 mai 1951, elle est admise dans le service de psychiatrie, car elle présente depuis quelques mois un délire de persécution peu intellectualisé, assez bien compensé par sublimation, car elle est très religieuse. Son état général ne s'est pas modifié : deux narco-analyses, les 12 et 18 mai 1951, suivies d'une psychothérapie très active, améliorent sensiblement son état mental ; elle peut reprendre son activité un mois plus tard.

Mais elle nous revient au bout d'un an, le 18 août 1952 : physiquement, elle éprouve une asthénie intense, qui ne cesse d'augmenter ; elle décrit surtout des perceptions insolites très riches, qui remonteraient à quelques semaines et qui ont un relief très accusé au premier plan du tableau clinique ; elle entend des bruits insolites, surtout le soir et la nuit : chocs contre les murs, coups contre la porte, il lui semble qu'on veut enfoncer ou

crocheter celle-ci, elle perçoit le bruit d'un robinet d'eau coulant derrière son lit ou dans une pièce voisine ; d'autre part, elle distingue sur certains murs des ombres de personnages ; elle a la surprise de constater, quand elle ferme les yeux, qu'elle voit encore ces personnes, mais elles rapetissent et leur taille moyenne diminue jusqu'à 15 millimètres environ ; cette transformation est instantanée, dès l'occlusion des paupières, elle persiste jusqu'à leur ouverture. Elle voit encore très nettement de nombreux individus lilliputiens de 4 à 5 cm. de haut, généralement grimaçants, revêtus d'habits très colorés ; ceux-ci gesticulent, miment devant elle des petites scènes. Ces visions sont particulièrement riches quand elle s'endort, mais on ne peut les qualifier de phénomènes hypnagogiques de l'endormissement, car elles surviennent aussi chaque soir, un peu avant la fin de la journée. La malade relate encore qu'elle a des hallucinations olfactives : elle sent des odeurs d'eau de Cologne, de tabac ; enfin, elle éprouve des troubles comparables dans la sphère cénesthésique : on la prend par le bras ; la nuit, elle se réveille en sursaut, sentant le poids d'une personne assise sur ses jambes ou sur ses pieds.

Parvenue à ce stade de son affection, la malade, pendant plusieurs mois, est persuadée de la réalité de ces bruits, de ces odeurs, de ces sensations anormales ; absolument convaincue de leur existence, elle échafaude sur cette base un thème délirant de persécution, elle est persuadée que des voisins mal intentionnés la persécutent et essayent de la terroriser, « l'électrisant à distance ». Elle éprouve une anxiété intense. Son état général s'altère notablement.

Les seuls phénomènes qui l'intriguent sont les visions lilliputiennes ; elle doute de leur réalité en raison de leur exiguïté. Peu à peu, elle constate qu'elle ne trouve jamais qui que ce soit derrière la porte qu'elle ouvre brusquement, pour découvrir le mauvais plaisant qui la martèle de coups redoublés ; elle ne découvre aucun fumeur, dans une pièce où règne une forte odeur de tabac ; elle ne trouve pas ouvert le robinet qu'elle entend couler à grand bruit... ; elle critique peu à peu ses hallucinations, car elle a du bon sens ; sa participation thymique s'atténue ; elle en arrive à dire : « Il faut croire que ce sont des illusions, peut-être que je sens et entends ce que je redoute d'éprouver. » Ses idées délirantes deviennent de plus en plus platoniques et son thème délirant s'effrite peu à peu, du fait d'une conviction de moins en moins forte.

L'examen clinique de Mlle G... devait nous apporter un contexte objectif intéressant : l'investigation oto-neurologique mettait en évidence une parésie de la verticalité du regard en faveur d'une lésion protubérantielle ; il n'y avait aucune anomalie du fond d'œil.

Des tracés électro-encéphalographiques, le 1er septembre 1952, s'avéraient très anormaux, symptomatiques de souffrance et d'irritation des formations de la base chargées de régler l'électrogénèse cérébrale.

Une encéphalographie gazeuse décelait une parfaite régularité et symétrie des différentes images ventriculaires, mais une petite zone d'atrophie frontale. Les prélèvements de liquide céphalo-rachidien effectués à cette occasion (le 29 août 1952), permirent de constater à l'analyse l'existence d'un taux anormal d'albumine : 0 gr. 72 ‰ dans le liquide spinal, 0 gr. 56 ‰ dans le liquide sous-tentoriel, 0 gr. 54 ‰ dans le liquide ventriculaire. Il n'y avait pas à cette date de réaction cytologique.

Les autres examens biologiques (sang, urines..., etc.) donnaient tous des résultats normaux.

Transférée à Marseille, dans le centre neuro-chirurgical de l'hôpital de la Timone, la malade nous revint, quelques mois plus tard, avec confirmation de diagnostic de méningo-encéphalite torpide.

Une deuxième ponction lombaire, le 30 avril 1953, fit constater l'existence de 82 éléments blancs à la cellule de Nageotte, et un taux d'albumine à 0 gr. 44 ‰, sans modification des autres éléments.

La malade est soumise depuis à un traitement anti-infectieux : salitropine intraveineuse, ionisation iodo-iodurée transcérébrale ; son état général s'est fortement amélioré mais les phénomènes hallucinosiques persistent.

En définitive, cette malade a présenté un riche syndrome hallucinatoire, que la clinique permet d'intégrer dans le mécanisme psycho-physiologique d'une irritation des formations grises de la base de l'encéphale par un processus de méningo-encéphalite torpide, vraisemblablement post-traumatique.

Commentaires. — Les hallucinations n'ont pas été critiquées pendant une période de plusieurs mois ; elles ont accompagné l'apparition d'un thème délirant de persécution, avec vives réactions anxieuses de la malade.

Au cours d'un second stade, celle-ci amorce une critique de plus en plus lucide de ces troubles ; elle semble avoir été amenée progressivement à cette critique par ses hallucinations lilliputiennes, seuls phénomènes qui ont été l'objet d'une certaine restriction dans sa conviction délirante.

Elle parvient enfin à un état d'hallucinose : ses anomalies de perception continuent à être projetées hors de sa personne physique avec une forte esthésie, mais elle n'est plus convaincue de la réalité de ces perceptions, qui n'entraînent plus aucune participation thymique. Elle a suivi les mêmes étapes que certains bouddhistes des lamasseries thibétaines, fort bien décrits par Alexandre David-Néel, dont les jeûnes prolongés provoquent un état hallucinatoire, avec violentes réactions émotives, qui s'estompent peu à peu, grâce à une judicieuse autocritique, et les conduit progressivement au scepticisme le plus profond.

Les lésions de l'encéphale de notre malade suffisent-elles pour expliquer ce syndrome hallucinatoire ? Cette conclusion viendrait bien tardivement à l'appui des théories de Tamburini, qui relie les perceptions sans objet à une « excitation anormale et pathologique des centres dits perceptifs ».

Nous nous garderons d'être aussi catégoriques, car, séduits par une perspective organo-dynamique, nous sommes portés à penser comme Charles-Henry Nodet, dans sa magnifique étude sur le « groupe des psychoses hallucinatoires chroniques », que, « du point de vue doctrinal, il paraît difficile de concevoir l'hallucination comme génératrice du délire ». Les troubles de notre malade pourraient être interprétés comme le fruit d'une dissolution fonctionnelle, cause d'une chute de niveau psychique, favorisée par le processus de méningo-encéphalite dont la régression progressive sous l'influence du traitement s'est manifestée par le passage de l'état hallucinatoire à celui d'hallucinose.

Psychose hallucinatoire chronique à caractère dubitatif et obsessionnel chez un psychasthénique, par MM. P. Pasquet, P. Picard et P. Navarranne (médecins de la Marine).

Il peut sembler présomptueux d'aborder une fois de plus la question des psychoses hallucinatoires chroniques, après les remarquables travaux de Dupré en 1907, Gilbert Ballet en 1911, et de tant d'autres maîtres de la psychiatrie française ; ces œuvres étaient l'épanouissement de la doctrine élaborée au cours des séances si fructueuses que la Société médico-psychologique a consacrées aux hallucinations, en 1855 et 1856.

Mais l'analyse phénoménologique de certaines de ces psychoses nous semble encore justifiée par leur intérêt clinique. Deux d'entre nous rapportaient tout à l'heure un cas original par sa sémiologie et son évolution. C'est une autre observation tout à fait différente, mais caractéristique par l'intrication de ses symptômes cardinaux, que nous avons l'honneur de vous exposer.

Observation. — Le G... François, ancien premier maître torpilleur, âgé de 38 ans, ne présente aucun antécédent personnel ni héréditaire à retenir. Fils unique, il a vécu avec ses parents jusqu'à son entrée à l'école de Maistrance à 17 ans. Sa famille est unie ; son père est mort en 1950. Il a toujours été très attaché à sa mère.

Son psychisme a toujours présenté les traits classiques de la mentalité psychasthénique : timidité, tendance à l'introspection, scrupules, sentiments de honte : « Je ne pouvais discuter d'une façon personnelle dans une rue, je parlais à voix très basse », dit-il. Méticuleux dans son travail, il a toujours éprouvé un sentiment d'incomplétude et des doutes dans son métier : « Bien souvent, ajoute-t-il, s'il y avait une torpille dans le tube lance-torpilles, j'étais inquiet, et je n'avais pas confiance dans les autres. »

Sa vie sexuelle a été normale ; marié à 26 ans, il a deux enfants ; l'accord conjugal a toujours été excellent.

Jeune marié, embarqué sur un sous-marin, il entre dans les forces navales françaises libres en 1940, puis effectue de longs mois de patrouilles pénibles dans la mer du Nord et sur les côtes de Norvège. Il se sentait isolé en Angleterre, sans nouvelles de sa jeune femme et de son bébé ; il allait rarement à terre. Aucune inquiétude ne l'effleurait au sujet de la conduite de sa femme, avec qui il avait conclu l'accord d'une fidélité réciproque de deux ans, en cas de séparation prolongé. Ce délai passé, il ne trompa sa femme que deux fois en deux ans, sans aucun sentiment de culpabilité. Il n'éprouvait pas non plus d'incertitude sur le bien-fondé de son attitude militaire, en adhérant au gaullisme.

C'est dans ce climat psychologique qu'en juillet 1943, un samedi, après-midi, en se réveillant d'une sieste, il entendit, dit-il, prononcer à côté de lui une pensée qu'il venait d'avoir à l'instant : « Dans cette cheminée, il y aurait une bonne place pour un espion. » Il crut que ses camarades avaient enregistré ses paroles ; « c'est de là que c'est venu ». A partir de ce moment, les

hallucinations auditives se multiplient ; il s'agit de « voix réelles ». Ses camarades l'insultent, l'accusent de vol, mettent en doute ses capacités professionnelles. Ces accusations correspondent à des événements extérieurs vrais, mais auxquels il se trouvait absolument étranger (vol à bord, débarquement provisoire pour relève générale).

Il essaie de se défendre contre ces accusations, discute avec les voix. Il échoue, se met du coton dans les oreilles. Les hallucinations ne cessent pas, l'assaillent dès son réveil, après un sommeil agité et trop court. Il s'isole de plus en plus, ne sort plus, refuse toute nourriture. Il entre à l'infirmerie, puis à l'hôpital psychiatrique, où il aurait été traité par électro-choc et cure de Sakel. Il en sort très amélioré quant aux troubles de l'humeur, mais les hallucinations auditives persistent. Il ne s'agit plus de voix de camarades, mais de trois voix inconnues qui demeurent toujours les mêmes (deux voix d'homme et une voix de femme). Elles devinent sa pensée, commentent ses actes, avant même qu'il ne les ait accomplis. Elles lui répètent qu'il est « fou » ou encore « c'est honteux » lorsqu'il désire se rendre aux W.-C. Cela dure du matin au soir. Les voix sont nettes, surtout lorsqu'il y a du bruit autour de lui, elles ne disparaissent nullement quand il parle avec quelqu'un ou que son attention est fixée par une question intéressante.

En 1945, il bénéficie d'un congé d'un an, à l'issue duquel il est expertisé pour la première fois par l'un de nous.

A cette époque (mai 1946), l'examen somatique est normal, sauf à l'examen oto-rhino-laryngologique : si l'audition de la voix chuchotée pour O.DG se fait à 5 mètres, on note une otite cicatricielle à gauche.

Du point de vue mental, le malade est très présent, parfaitement orienté dans le temps et dans l'espace. Les facultés intellectuelles semblent intactes. S'il y a eu des idées délirantes en 1943-1944, on n'en trouve plus trace à l'heure actuelle. Ce malade garde une auto-critique absolument saine et lucide. Mais les hallucinations auditives persistent, jugées comme telles par le malade, qui souffre d'autant plus de ne pouvoir s'en affranchir. L'évocation de sa maladie provoque des pleurs, qui s'accompagnent même d'un certain degré d'anxiété.

Ces hallucinations sont auditives, verbales et non psychiques. Il entend des voix venant de l'extérieur. Ce sont toujours les trois mêmes voix.

Elles ne prononcent aucune parole grossière, pas d'injure, mais commentent et critiquent, souvent sévèrement, ses actes et ses pensées, en les devançant fréquemment. Lorsqu'on suggère au malade qu'il s'agit de phénomènes d'écho de la pensée, il affirme que c'est bien là l'impression qu'il ressent.

Au demeurant, il s'accommode de ses « hallucinations » ; il ne répond plus aux voix et, quoiqu'en souffrant, il les subit. Il en a caché absolument l'existence à son entourage, à sa femme en particulier, afin de ne pas être jugé « comme fou ».

Il est expertisé en 1948 par notre regretté camarade, le professeur agrégé Beauchesne, qui rédige le certificat suivant : « Psychose hallucinatoire chronique, avec obsession secondaire aux hallucinations. Hallucinations auditives continuelles consistant en propos brefs de caractère injurieux ou désapprobateurs, émis par trois ou quatre voix de tonalité ou de timbre différent. Caractère pathologique reconnu par le malade, qui a cessé de discuter avec ses voix. Mais la répétition des hallucinations est telle qu'il en résulte un état obsessionnel avec, tantôt énervement, tantôt dépression découragée. L'activité sociale s'en trouve passablement contrariée. S'efforce de

satisfaire le moins souvent possible ses besoins naturels, pour ne pas entendre « c'est honteux ». Il n'arrive pas à faire une addition de plusieurs nombres complexes, les voix l'obsédant et lui faisant oublier les retenues. Comportement découragé et résigné. Fond de tristesse, pleurs au cours de l'examen. Le fonds mental ne paraît pas diminué. Examen somatique normal. »

Lorsque nous examinons le malade en janvier 1951, pour sa troisième expertise triennale, le syndrome hallucinatoire persiste. Il continue à entendre des voix venant de l'extérieur, soit d'homme ou de femme inconnue, haute ou chuchotée, se manifestant surtout le soir, lorsqu'il est inoccupé. Elles disent : « Il est fou », « c'est honteux », recommencent à l'insulter : « salaud » ! C'est encore le plus souvent une critique de ce qu'il fait sur le moment.

On ne peut dire qu'il reconnaisse absolument les caractères pathologiques de ses troubles psycho-sensoriels. Il met en doute quelquefois leur nature xénopathique, la réalité de ses voix. En bon psychasthénique qu'il demeure, il doute, mais n'affirme rien.

D'autre part, maintenant, il répond à ses voix, et ses réponses révèlent un caractère obsessionnel avec attente anxieuse. « Je me débats mentalement, je me mets en colère puis je réponds par la pensée, et cela me soulage. » Il dit aussi : « Je me justifie quand je vais aux cabinets, je fais les gestes nécessaires. Si quelqu'un me crie "c'est honteux", je réponds que c'est naturel. » Et il ajoute : « Je ne sais si c'est devenu une habitude, même quelquefois je n'entends rien et je réponds quand même. Depuis 1945, c'est toujours les mêmes phrases, et même sans rien entendre, je dis la réponse. J'avais cru en Angleterre qu'on m'accusait de moucharder des camarades, puis d'espionnage, c'est là-dessus que je réponds. »

A ces hallucinations, s'ajoutent des interprétations dubitatives. « Dans la rue, si j'entends des chuchotements, des murmures, aussitôt je suis inquiet. J'ai peur qu'on parle mal de moi. Cela se passe même ici. Automatiquement, je suis la conversation et je me dis : ce n'est pas de moi qu'on parle, il n'y a pas de doute. »

Sans avoir d'idées systématiques de persécution, il n'aimerait pas voir ses anciens camarades de guerre. Il ne croit plus absolument qu'il y ait eu un complot contre lui, mais il reste dans le doute, il ne formule aucune plainte et ne présente aucune réaction agressive. Néanmoins, il avoue : « Je crois bien que j'en ai regardé quelques-uns de travers quand même. » Il ne met plus de papier dans ses oreilles. « J'essaie de penser à autre chose. » Par contre, il n'aime ni sortir dans les rues, « parce que cela recommence », dit-il, ni prendre le train. Dans un auto-car, par contre : « Cela va, parce que, m'asseyant à l'arrière, je peux voir tous les voyageurs et surveiller les conversations. »

Le G... a dû abandonner sa profession de comptable, car dès qu'il fait une opération il est « arrêté » par ses voix, « je réponds et je perds ma retenue ».

Si le fond mental est conservé, les traits psychasthéniques demeurent sans aucun élément dissociatif. Le cours de la pensée n'est interrompu que par les troubles psycho-sensoriels. L'émotivité reste vive comme son affectivité familiale. Son sens moral est élevé ; il ne dissimule pas ses troubles réactionnels du caractère à forme d'irritabilité.

Chez cet homme longiligne, l'examen somatique révèle seulement un tremblement émotif, de la brillance du regard, de la tachycardie, de l'éréthisme cardiaque sans autres signes d'hyperthyréose. Il a été récemment traité pour

des palpitations par la quinicardine. Sa tension au Pachon-Gallavardin est de : maxima, 15 1/2 ; minima, 7 ; indice, 6. L'examen radioscopique des poumons est normal en dehors d'une bride pleuro-diaphragmatique de la base gauche, séquelle d'une pleuro-congestion gauche survenue en 1943. Bordet-Wassermann négatif. Urée sanguine, 0,23. Depuis sa réforme en 1946, il n'a pas consulté de psychiatre, un confrère lui ayant déclaré à l'époque que ses troubles n'étaient pas curables.

En résumé, chez cet officier marinier psychasthénique, à l'occasion des fatigues de la guerre sous-marine et du trauma affectif de la séparation familiale, apparaît un syndrome mélancolique, avec hallucinations anditives verbales et automatisme mental fruste. Les troubles psycho-sensoriels persistent après la guérison de l'état dépressif et passent à la chronicité. Ils revêtent un caractère dubitatif quant à la croyance à leur origine xénophatique et s'accompagnent de réponses de nature obsessionnelle. Au bout de huit ans, aucun *délire structuré n'est apparent.*

Commentaires. — Les points intéressants de cette observation nous semblent être les suivants : l'habitude qu'avait ce psychasthénique de parler à voix basse en public ; l'atteinte otologique et aussi le surmenage auditif auquel ce sous-marinier a dû être soumis pendant plusieurs années, l'origine hypnopompique de la première hallucination, le caractère dubitatif des troubles psycho-sensoriels du malade, et des interprétations en rapport avec sa mentalité psychasthénique, ainsi que la structure obsessionnelle des réponses, leur déclenchement automatique, l'absence de délire organisé, *après huit ans* d'évolution.

Il nous paraît s'agir dans ce cas d'une psychose hallucinatoire asthénique de sensitif, développée aux confins de la névrose. Cette intrication d'hallucinations, d'interprétations, de phénomènes obsédants, phobiques et psychomoteurs, nous permet de classer cette forme clinique dans les délires psychogénétiques groupés par le professeur Claude. Elle correspond bien, en effet, à cet ensemble dont la caractéristique, mise en évidence par H. Ey (1), se trouve être, si nous reprenons la définition de cet auteur, « une dissolution des fonctions du réel, qui paraît être déterminée par une organisation originale et morbide de la personnalité même du malade ».

Variations des stéroïdes urinaires après ablation d'un hématome sous-dural chronique méconnu, par MM. Jean Delay, Bernard Lainé et Phi ippe Benda.

Il n'est pas toujours aisé d'interpréter les fluctuations de certains indices biologiques en pathologie mentale, même en tenant compte de l'éventualité de chocs, spécifiques ou non. L'observation suivante en

(1) Henri Ey. — *Hallucinations et délire. Les formes hallucinatoires de l'automatisme verbal.*

rapporte un exemple privilégié ; aussi bien offre-t-elle quelques particularités sémiologiques :

Observation. — Mme F..., âgée de 33 ans, ouvrière spécialisée, a été observée à plusieurs reprises dans le service, depuis 1949. Elle est hospitalisée pour la première fois en juillet 1949, à l'occasion d'un syndrome hallucinatoire apparu depuis quelques mois, fait essentiellement d'hallucinations auditives : des voix de femmes, le plus souvent, tiennent des propos contradictoires et en partie impératifs ; ces voix sont méchantes et jalouses, l'injurient volontiers, disent des ordures ou des obscénités. Elle reconnaît parfois la voix d'une mauvaise camarade et même celle de son chef d'atelier. « Ça parle » non seulement dans la tête, mais aussi à certains moments dans le cœur ou le bras, par un procédé de sorcellerie, peut-être par le truchement de haut-parleurs. Il s'y mêle des hallucinations olfactives et cénesthésiques : elle sent parfois une bête sur elle.

Dans l'ensemble, ces interlocuteurs qui tiennent des propos malveillants et grossiers devinent sa pensée et ses actes ; une voix la nargue jour et nuit, chante avec elle, s'occupe des gens qu'elle regarde, fait la demande et la réponse ; « parfois, dit-elle, je fais semblant de ne rien entendre ; alors, à ce moment-là, c'est comme une bataille dans tout moi-même. Quand je fais mon ménage, les voix se moquent de moi : laisse ton ménage, disent-elles, amuse-toi ; on sera gentilles et on ne te fera plus souffrir. ». Parfois, cependant, une voix d'homme, comme celle d'un père, l'encourage en l'appelant « ma petite fille ».

Ainsi, deux traits sont à souligner : d'abord, la discrétion du syndrome interprétatif et l'absence de thèmes de persécution ; d'autre part, la conviction n'est pas absolue ; la malade a une conscience réelle de son état morbide.

On ne retrouve pas dans les antécédents la notion d'une poussée antérieure ; Mme F... a subi, dans l'enfance, les brutalités d'un beau-père ; elle n'a reçu qu'une instruction sommaire. Elle s'est mariée à l'âge de 18 ans ; le ménage ne semble pas harmonieux : son mari est un bon ouvrier, dit-elle, mais trop renfermé ; elle ne cache pas son insatisfaction sentimentale et sexuelle.

Depuis quelques années, elle se plaint de dysménorrhée. En 1947, elle a été victime d'un accident de travail avec trauma cranien, n'ayant pas entraîné de perte de connaissance mais un arrêt de travail de quinze jours. On note d'ailleurs une cicatrice dans la région pariéto-occipitale droite.

A la suite de cet accident, elle a ressenti pendant quelque temps céphalée et troubles visuels : diplopie passagère, vision un peu trouble, brouillard ou points noirs devant les yeux. Depuis quelques mois, à côté de la céphalée et des troubles visuels qui apparaissent par intermittences, elle signale des phénomènes vaso-moteurs, notamment des sueurs palmaires abondantes et une instabilité notable dans son travail, à l'usine, où elle change fréquemment de service. C'est alors que les hallucinations auditives sont brusquement apparues.

Après quelques semaines passées dans le service et l'institution d'une pyrétothérapie, l'état mental s'améliore ; les hallucinations sont critiquées de façon suffisante pour autoriser la sortie en décembre 1949.

Un an plus tard, Mme F... revient spontanément réclamer une nouvelle hospitalisation : elle se plaint des mêmes hallucinations auditives — des

femmes la critiquent, l'encouragent à faire le mal — mais également cénesthésiques, à prédominance génitale : on la griffe, des esprits sont sur elle.

A côté de la prise et de l'écho de la pensée, les thèmes de persécution et d'influence demeurent très flous ; on note de même l'absence de systématisation : en particulier, aucun persécuteur n'est désigné. Aussi bien, l'anxiété ressentie au cours des hallucinations reste marquée : la malade a une conscience partielle de ses troubles, elle désirerait bien s'en débarrasser si elle le pouvait.

A cette date, une encéphalographie gazeuse par voie lombaire fait la preuve d'une bonne injection ventriculaire ; le liquide lombaire est de composition normale, le liquide céphalique témoigne d'une réaction albumino-cytologique avec douze éléments et un gramme d'albumine. On tient alors compte, pour interpréter cette réaction, de l'existence du trauma cranien, dans les antécédents.

L'électro-encéphalogramme (Dr Verdeaux) montre une bonne réaction d'arrêt; un rythme de base de 10 c./s. avec quelques accidents de type thêta.

Une cure de Sakel est instituée (33 comas) ; devant l'échec de l'insulinothérapie, une intervention psycho-chirurgicale est décidée et l'indication d'une topectomie frontale bilatérale est posée.

A l'occasion de la double trépanation frontale (Dr Morice), on a la surprise de trouver une dure-mère tendue et un hématome sous-dural épais d'un demi-centimètre du côté droit, et un hématome plus discret à gauche ; évacuation et incision de la membrane pariétale jusqu'à la partie profonde de la face orbitaire.

L'intervention (avril 1951) est suivie d'une amélioration indiscutable du syndrome hallucinatoire ; la céphalée s'est atténuée ; deux mois plus tard, Mme F... a repris ses occupations domestiques ; elle s'estime débarrassée d'un grand cauchemar ; par intermittences, elle entend encore quelques voix ; elle s'exprime là-dessus avec une certaine réticence et dira plus tard qu'elle a voulu faire plaisir aux médecins et persuader son mari de sa guérison en dissimulant quelque peu la persistance des voix entendues.

Vers le même temps, les dosages des corticostéroïdes urinaires (méthode de Daughaday) révèlent une augmentation marquée des valeurs dans les semaines qui suivent la cure de l'hématome sous-dural, par rapport aux chiffres pré-opératoires, cependant que l'élimination des 17-cétostéroïdes (méthode de Zimmerman) reste constante. Ces données biologiques peuvent être ainsi résumées.

Volume des urines	Cortico-stéroïdes	17-céto-stéroïdes	Date
1.140 cc.	0,41 mg.	11,1 mg.	Avant la cure de Sakel
900	0,36	9,8	Pendant la cure de Sakel
1.400	2,05	10,9	9e jour post-opératoire
1.300	1,59	8,5	31e jour post-opératoire

Un an plus tard, nouvelle rechute. La malade est revue encore en avril 1953 ; elle reste anxieuse vis-à-vis des voix entendues ; elle dort mal. Elle se dit incurable mais veut continuer à lutter ; il n'y a aucun recours à l'attribution des voix à des phénomènes extérieurs ; la conscience des troubles persiste.

En juin 1954, persistance des hallucinations auditives : « C'est un enfer, dit-elle, que de supporter ma maladie ; ils se disputent dans ma tête ; ils me traitent de momie. » Elle déclare à ce sujet : « Ce que j'ai, c'est mental, ça n'existe pas ; avant, j'y croyais davantage, de temps à autre. »

Un nouvel électro-encéphalogramme (Dr Verdeaux) montre un tracé de repos présentant un rythme alpha de 10 c./s., entrecoupé d'éléments de type thêta, sans localisation ; les altérations sont ainsi très légères, sans signes de localisation.

Une encéphalographie fractionnée par voie lombaire (Dr Ruggiero), faite après examen du fond d'œil, qui est normal, ne révèle aucun déplacement, dilatation ou déformation du système ventriculaire, y compris les IIIe et IVe ventricules. Les citernes de la base sont normales. L'air passe dans les espaces sous-arachnoïdiens de la convexité.

Composition normale du liquide céphalo-rachidien lombaire.

Enfin, le niveau d'efficience intellectuelle apparaît très inférieur à la normale, se situant aux confins de la débilité. Pas d'évidence de détérioration pathologique (M. Perse).

Cette observation nous paraît mériter certains commentaires.

1° Sur le plan *sémiologique*, il s'agit d'un tableau d'automatisme mental : syndrome poly-hallucinatoire, fait de voix proches, interlocuteurs multiples, donnant des conseils et des ordres, faisant des allusions au passé, avec écho, mais sans commentaires des actes. Il n'y a pas de thème systématisé de persécution. L'attitude générale du sujet est faite de passivité.

Un deuxième trait est à souligner : au long de l'évolution, à chaque nouvelle rechute, la malade demeure réellement consciente du caractère morbide de son état ; l'anxiété demeure marquée : certes, elle se déclare incurable, mais, dans le même temps, vient d'elle-même à l'hôpital réclamer qu'on la guérisse. Alors que l'insulinothérapie est restée sans effet, les rémissions ont suivi une fois la pyrétothérapie, une fois la cure d'un hématome sous-dural bilatéral, en rapport avec un trauma crânien ancien.

Il serait bien hasardeux d'établir un rapport de cause à effet à propos de cette coïncidence d'un syndrome d'automatisme mental et d'un hématome sous-dural frontal chez une ancienne traumatisée du crâne. Au reste, une telle coïncidence semble exceptionnelle. Puech et ses collaborateurs (1), faisant la revue des troubles divers, caractériels, thymiques ou démentiels cités au cours de l'évolution d'hématomes sous-duraux chroniques, insistent surtout sur la survenue de petites bouffées confusionnelles transitoires. Gelma (2) rapporte aussi un cas d'épisode confusionnel. Des observations plus anciennes de délires d'interprétation post-traumatiques (Claude et coll.) (3), ou de démen-

ces précoces post-traumatiques (Trénel et Sizaret) (4) ne permettent pas de corrélation anatomoclinique précise. Aussi bien, Clérambault (5) note-t-il, au cours d'un délire interprétatif survenu dans les suites d'un trauma, la persistance de la conscience de l'état morbide ; il insiste, par ailleurs, sur cette notion que les automatismes mentaux secondaires à certaines causes toxi-infectieuses (et il réserve le cas d'une étiologie traumatique) pourraient présenter certaines particularités : importance des troubles thymiques, des automatismes sensitifs, conscience partielle de l'état. Remarquons que de telles nuances existent dans notre observation, sans préjuger pour cela d'un rapport causal quelconque.

2° Sur le plan *diagnostique*, peut-être quelques signes auraient-ils pu attirer l'attention (épisodes de céphalée, diplopie passagère, impression de baisse et de trouble de la vision, troubles vasomoteurs, ion albumino-cytologique dans le liquide céphalique), en raison de la notion d'un trauma crânien dans les antécédents. La découverte d'un hématome sous-dural a donc été l'effet d'un hasard, à l'occasion d'une intervention psychochirurgicale ; encore peut-on souligner que l'exécution d'une lobotomie classique n'aurait rien révélé ; le cortex frontal n'a été exposé, dans notre cas, qu'à l'occasion de la trépanation faite pour la topectomie.

Une telle latence sémiologique, et même la normalité du tracé électroencéphalographique, sont assez communes : un hématome sous-dural peut rester silencieux pendant de longues années. On conçoit que l'intervention soit suivie d'une amélioration de l'état psychique si elle lève une hypertension ou une hypotension intracrânienne, si elle entraîne la cure de l'hématome responsable de signes focaux. Dans notre cas, une encéphalographie gazeuse n'a pas modifié le syndrome hallucinatoire ; au contraire, l'ablation de l'hématome a entraîné une amélioration non définitive, mais indiscutable.

Le pronostic d'avenir paraît réservé : faut-il incriminer une atrophie corticale, désormais irréversible ? la possibilité d'autres lésions post-traumatiques non reconnues ? Ainsi Hillbom (6), dans vingt cas de psychoses post-traumatiques d'allure schizophrénique, trouve en général une lésion temporale, mais, souvent, accompagnée d'autres lésions. Pourtant, une encéphalographie gazeuse fractionnée, faite récemment chez notre malade, n'a révélé aucune anomalie du système ventriculaire.

3° Sur le plan *biologique*, les fluctuations de l'élimination urinaire des corticostéroïdes fournissent un exemple privilégié : en effet, l'intervention neurochirurgicale est suivie d'une augmentation, non seulement nette, mais prolongée, des corticostéroïdes, alors que l'élimination des 17-cétostéroïdes reste constante. Aurait-on fait une lobotomie de type classique, on aurait été tenté de mettre en parallèle l'amélioration psychique et l'augmentation des corticostéroïdes urinaires et d'attribuer ainsi à cette dernière une valeur pronostique, en

fonction de l'acte psychochirurgical. Nous avons pu faire cette comparaison à propos d'autres observations pour lesquelles une lobotomie a réellement été faite ; au reste, il est évident que tout choc opératoire représente déjà un stress non spécifique, dont il faut tenir compte. dans le cas présent, l'augmentation des corticostéroïdes se prolonge anormalement, au delà de la première semaine post-opératoire, et persiste encore à la fin du premier mois qui suit l'ablation de l'hématome sous-dural. L'amélioration, d'ailleurs passagère, de l'état mental peut-elle être ici mise en parallèle avec les fluctuations des corticostéroïdes ? Nous envisageons ce problème dans un travail consacré aux variations des stéroïdes urinaires au cours de la cure de Sakel (7).

Nous tenons à remercier vivement MM. G. et M. Delaville, du laboratoire central de biologie de l'hôpital Sainte-Anne, d'avoir bien voulu se charger de l'exécution des dosages urinaires rapportés dans l'observation.

BIBLIOGRAPHIE. — 1. P. Puech, G.-C., Bounes, P. Luquet : Les hématomes sous-duraux chroniques latents. Signes neuro-psychiques et étude électro-encéphalographique. *Annales médico-psychologiques*, 1947, II, 158-164. Voir aussi in *Traumatismes cranio-cérébraux*, Paris, 1952, p. 282. — 2. E. Gelma, A. Dany, L. Singer : Notes à propos de deux cas d'hématomes sous-duraux chroniques, à symptomatologie essentiellement mentale. *Cahiers de psychiatrie*, 1950, *4*, 87. — 3. H. Claude, A. Borel, P. Abély : Délire interprétatif et traumatisme. *Société clinique de médecine mentale*, 1924, *17*, 92. — 4. M. Trénel et Sizaret : Sur la question des séquelles lointaines des commotions de guerre. *Société clinique de médecine mentale*, 1927, *20*, 40. — 5. G. de Clérambault : In *Discussion de la communication de H. Claude*, citée plus haut. — E. Hillbom : Schizophrenia like symptoms psychoses after brain trauma. *Acta Psych. Neurol.*, 1951, supplem. *60*, 36-47. — 7. J. Delay, B. Lainé, Ph. Benda : Comas insuliniques et stéroïdes urinaires. *Encéphale*, 1954, *43*, 149-165.

A propos d'une schizophrène épileptique,
par M. Menger

Le diagnostic de schizophrénie ne nous a pas paru devoir être mis en doute dans le cas que nous allons présenter. Nous ne le ferons donc pas suivre, à l'imitation de M. le Dr Minkowski pour le cas qu'il relatait à la séance du 25 novembre 1953, d'un point d'interrogation. Nous avons voulu rapprocher ces deux observations parce que, dans l'une comme dans l'autre, sont signalés des phénomènes épileptiques.

Si les avis sont partagés sur l'incompatibilité de l'épilepsie et de la schizophrénie, il faut reconnaître que l'association chez un même sujet des deux affections est nettement exceptionnelle. Dans mon service, qui comporte un effectif de 775 malades, sur une centaine environ étiquetées démence précoce, confusions chroniques, hébéphrénies, je ne constate aucun autre exemple d'atteinte d'épilepsie essentielle.

Dans le courant de l'année dernière, nous avons vu survenir, chez une lobotomisée de 1951, des crises épileptiques qui se sont répétées depuis tous les quatre mois. Il s'agissait d'une démente précoce à

forme hébéphrénique, avec incohérence des propos, indifférence affective, maniérisme, que l'intervention n'avait en rien modifiée. L'état épileptique n'a lui-même eu aucun retentissement sur le psychisme ou le comportement. Mais il s'agissait là d'une épilepsie « provoquée » et nous voulons considérer le cas de l'épilepsie dite essentielle. Voici l'observation d'Adrienne.

Observation. — Mariée à l'âge de 19 ans. Son fiancé avait été maintenu dans l'ignorance que déjà antérieurement elle avait donné des signes de dérangement cérébral. Sa famille et ses proches la considéraient comme « originale et bizarre » mais espéraient que « le mariage la guérirait ».

Est hospitalisée à Bégard à l'âge de 26 ans, en 1933, pour psychose maniaque dépressive. Idées délirantes de noblesse et de déchéance. Refus de nourriture. Amaigrissement. Auto-accusations. Pseudo-mélancolique. Semi-mutisme. Inertie. Opposition. Doit être alimentée artificiellement.

Le terme de schizophrénie est bientôt cité par les collègues. Sitiophobie. Catatonie. Conservation des attitudes. Est irritée par intervalles contre les siens, refuse d'écrire à son mari, à sa mère. Discordance. Désintérêt. Mouvements d'humeur. Bizarreries. Traitée par les hormones, la sulfosine associée aux sels d'or, elle s'améliore légèrement. S'alimente sans le secours de la sonde, malgré une certaine résistance. Et, pendant des mois, le tableau clinique demeure inchangé.

En janvier 1935, une sortie est effectuée contre l'avis du médecin, qui signale : état de négativisme. Pendant trois ans, Adrienne demeure dans sa famille, apathique, suggestible, plus ou moins catatonique, avec divagation de la pensée, chuchotements incohérents, gesticulations sans signification. Des phénomènes impulsifs obligent à la réintégration le 11 mai 1938. Le diagnostic se confirme. A fait des fugues et attenté à ses jours par noyade. Contorsions. Gestes stéréotypés. Apparence d'indifférence totale. Inactivité absolue. Hébéphréno-catatonie. Incurie. Docilité. Suggestibilité.

Depuis cette époque, se maintient en état de désagrégation mentale avec des phases d'impulsivité. Elle est le portrait-type de la démence précoce ancienne. S'est entièrement désintéressée de sa famille, a évolué vers un état paranoïde avec chuchotements incohérents à répétition, désordre, incurie personnelle, attitudes hallucinatoires, possibilité de visions d'animaux : « Vous voyez la vache là-bas !... » Paraît écouter. Mimique discordante et maniérisme. Stéréotypies de gestes : se gratte le visage, suce son pouce... Gesticulations incohérentes. Cherche parfois à saisir ceux qui passent à sa portée ou encore les suit à proximité — signe de la poursuite, suggestibilité — comme si elle était entraînée dans leur « sillage ». Petits rires. Désagrégation de la personnalité. Adrienne a perdu jusqu'à la notion exacte de sa propre existence. Il semble qu'elle ne puisse plus se représenter ce que signifie le « je », le « moi ».

Dans ses bribes de phrases incohérentes, quand il lui arrive de parler d'elle-même, c'est à la 3e personne du singulier. Le pronom personnel de la 1re personne est souvent aboli de ses discours. Cette abstraction, ce concept d'elle-même a « éclaté », brisé ses limites, ne correspond plus dans son esprit à un ensemble net et il lui est impossible de l'utiliser sans appréhension ou angoisse.

Figures bizarres de rhétorique, circonlocutions, périphrases et paraphrases

sont amenées pour éviter d'employer et tenter de remplacer les termes exacts devenus « suspects » et éliminés du vocabulaire.

L'application des thérapeutiques nouvelles à mesure des innovations successives : cardiazol, insuline, électro-chocs, n'amène aucune modification du syndrome, qui paraît dépendre d'une atteinte « en profondeur », qui s'est fixée et organisée précocement.

En janvier 1951, Adrienne présente une première crise comitiale typique. Puis une nouvelle en février, et les crises se succèdent à intervalles de quelques mois. Malgré cette fréquence, il est vrai assez réduite, en comparaison de celle que préconise la méthode des chocs de Strawn suivant un rythme « convenable » et « sur mesure », nous ne voyons se produire aucune transformation de l'état mental. Mêmes désagrégation, diffluence, indifférence apparente, suggestibilité, incurie, inertie, avec par intervalles mêmes gesticulations inexplicables, attitudes hallucinatoires, velléités impulsives, discordances, stéréotypies de gestes...

Le diagnostic de séquelles post-encéphalitiques est aisément éliminé. Absence des petits signes neurologiques de l'encéphalite.

L'examen du liquide céphalo-rachidien, pratiqué le 3 décembre 1953, révèle : liquide clair, incolore, sans dépôt apparent ; réaction alcaline ; albumine, 0 gr. 20 ; glucose, 0 gr. 50 ; culot de centrifugation infime ; pas de réaction leucocytaire marquée (quelques rares lymphocytes) ; pas de microbes ; réaction de Bordet-Wassermann négative.

Pour satisfaire à quelques esprits sceptiques, notons que *l'absurdité des actes existe,* et que d'ailleurs la nature des propos révèle un état délirant incohérent. Encore que des manifestations paranoïaques systématisées ou non ne soient pas à notre avis un argument décisif pour infirmer le diagnostic de troubles post-encéphalitiques.

L'apparition de crises comitiales ne fut accompagnée d'aucun signe neurologique nouveau ; pas de syndrome d'hypertension intra-cranienne. Pouls de fréquence variable et de grande mobilité oscillant de 60 à 90 et plus suivant l'état de calme ou d'oppositionisme négativiste. Pas de syndrome pyramidal déficitaire.

L'examen du fond d'œil révèle une pupille qui n'est ni congestive, ni œdématiée. Tension du liquide céphalo-rachidien de 25 en décubitus latéral au repos mais qui monte à 60 et 75 lors d'agitation ou de cris.

L'image encéphalographique ne montre aucune déformation des contours encéphaliques et ventriculaires.

Nous avions présenté à la mémoire la communication de M. le professeur Heuyer du 22 juin 1953 sur « Epilepsie et syndrome confusionnel pseudo-schizophrénique ».

Tension artérielle de 22/12 alors que la malade, très résistante, fait des efforts pour se libérer de la contrainte.

Ainsi, l'apparition d'une épilepsie « essentielle » chez notre malade ne modifie en rien le syndrome mental. L'amélioration que la théorie de l'incompatibilité des deux affections ou la « loi des alternances » aurait pu faire espérer n'est nullement notée. Pour compléter l'action éventuelle des crises convulsives naturelles nous soumettons la malade à la cure des électrochocs rapprochés, préconisée par Sivadon, suivant un rythme quotidien. Nous ne pouvons, hélas ! que constater

l'inefficience du traitement, que nous ne critiquons pas, car, appliqué dans le même temps à d'autres schizophrénies moins anciennes, il nous a donné quelques excellentes rémissions. Il nous a fallu admettre que, pour être salutaire, l'épilepsie de notre malade « arrivait trop tard », au cours d'une schizophrénie trop ancienne, bien fixée et irréversible, déjà vieille de plus de vingt ans. Mais peut-être cette épilepsie n'a-t-elle pu se développer que parce que la démence n'offrait plus de caractère évolutif, était bien fixée, définitivement stabilisée ?

M. Eug. Minkowski notait chez son schizophrène (?) épileptique une « impression plutôt de bradypsychie... qui fait penser à un moment à l'intervention mineure d'un facteur de la série épileptoïdo-épileptique... ». Il n'était guère catégorique sur l'influence que pouvait avoir sur le tableau clinique la comitialité constatée... Chez notre malade nous n'avons même pas cette « impression » de viscosité mentale et nous ne constatons aucune altération de l'ensemble schizophrénique au profit de l'épileptique. Il nous est loisible de penser que, si ce dernier demeure inapparent, c'est que le champ lui manque pour se manifester, la désagrégation s'est installée, a envahi les différentes sphères de la vie psychique, annihilant les réactions instinctives et primordiales au point de faire échec à toute manifestation d'épilepsie psychique ultérieure. Pas de comitialisation du syndrome, ni dans l'élocution, ni dans les propos eux-mêmes, qui pourraient au premier chef dénoncer cette « détérioration de la désagrégation ».

Aussi bien peut-on dire que *les troubles du langage chez le schizophrène sont d'un degré supérieur, d'une nature plus profonde et plus intime,* comparativement à ceux du comitial. Celui-ci emploie souvent des termes d'un sens « approché » de celui qu'il désire exprimer ; par négligence, paresse, obtusion intellectuelle, difficulté de l'effort mental de précision, il se satisfait de l'à-peu-près, d'où un langage impropre mais tout de même compréhensible. Ce sont les *propos approximatifs de l'épileptique.*

Chez le schizophrène *le mot n'est plus le support que d'idées approximatives ou erronées,* entre mot et idée n'existe plus que des correspondances vagues ou des non-correspondances. Il raisonne ou plutôt réalise des associations sur des concepts flous, imprécis, d'où pensées et propos diffluents et divagants. Il n'en a nullement l'impression, bien au contraire, il a le sentiment, l'intuition, qu'il serre la logique de près... *Il va sans cesse à tout propos à la recherche des définitions précises qui sans cesse lui échappent,* il ne peut donc préciser sa pensée.

Il met en doute le sens exact du mot, lui attribue un sens faussé, d'ailleurs variable progressivement, qui nous paraît « hermétique », parfois plus ou moins « approché » du sens réel, mais souvent aussi nettement discordant. D'où difficulté extrême des expressions verbales, explications contournées et complexes, évoluant autour du but « sans aboutissements » et inconscience de l'incompréhensibilité typique de ses paroles.

Il perd le sens réel des symboles alors qu'il leur découvre un sens irréel, fictif et changeant et qu'il perçoit souvent des *symboles fantaisistes*. Il tend à oublier les initiations et les « secrets » de la sémantique qui, de familiers et « fraternels » qu'ils lui étaient, lui apparaissent bientôt et de plus en plus étrangers et suspects... *Par son autisme effréné, il vit hors de l'intimité des habitudes humaines* et abandonne de plus en plus les contacts sociaux et les usages admis et familiers aux hommes, il finit par mal les comprendre ou ne plus les comprendre, d'où craintes excessives, illusions, délires.

Si l'épileptique manifeste une psychorigidité, due surtout à la bradypsychie, à l'entêtement, à l'obtusion et aussi à la quérulance et à l'esprit de contradiction, si le postencéphalitique a lui aussi une psychorigidité faite d'insoumission de la pensée, de « vide du cerveau », de fléchissement des automatismes d'association, de « raideur » et de rigueur dialectique, de rébellion et d'inflexibilité psychiques, *le schizophrène offre lui une psychorigidité proprement spéculative et cognitive en rapport avec la défection et la désagrégation des automatismes de perception exacte des correspondances des symboles établis et des significations conventionnelles.*

Mme M. Cavé a récemment signalé cette psychorigidité en écrivant : « L'esprit a *perdu sa plasticité*, ses possibilités d'acquisition et de modification, il s'est en quelque sorte sclérosé, c'est une boîte à musique... » M. le P^r^ Baruk a parlé « du caractère *rigide*, théorique et inhumain des conceptions des malades, portant plus spécialement la signature de la schizophrénie ».

Cette psychorigidité peut aussi se manifester par l'impossibilité où le malade se trouve de dégager son entendement du sens littéral de certaines expressions. Alors que le sens réel consacré par l'usage et devenu conventionnel est tout simple et bien anodin il se laisse entraîner à une interprétation impropre, voire monstrueuse, d'où frayeurs et affolement au cours du débit verbal. Psychorigidité qui peut être comparée à l'inadaptabilité de l'esprit exclusif de géométrie, de logique, de mathématique, aux lois et usages de l'esprit de finesse.

Cette dissociation, cette dysharmonie entre ces deux tendances spirituelles au détriment de la souplesse psychologique et de la compréhensivité n'est-elle pas à la base de tout un cortège de troubles schizophréniques...

L'épileptique est lent dans ses réponses du fait de la confusion et peut-être aussi de la méfiance à l'égard de l'interlocuteur, le schizophrène, lui, « tourne sa langue sept fois... et plus, dans sa bouche » avant de parler (barrages), par perte de l'élan nécessaire, de l'assurance, par hésitation, crainte d'erreur, peur d'être trahi par le mot, scepticisme et auto-suggestibilité, d'où blocage, évasion, dissipation de l'idée initiale. Il y a là *transgression complexe et progressive des lois des représentations conventionnelles du langage*, et non oubli comme chez l'aphasique. Aussi l'hésitation (barrage), si elle survient,

n'est-elle que transitoire, le trouble engendré n'est pas statique, mais mécanique, constructif et persévérant. Il en résulte l'aberration de la pensée, les explications diffuses, l'impression de complexité qui en émane, les digressions, dispersions et divagations, les raisonnements spécieux en quête d'une vérité, d'une affirmation péremptoire, qui toujours se dérobent, et n'aboutissent jamais. Conversations ou écrits aux évocations déviées, paralogiques ou illogiques, phénoménales, anarchiques, parasites (désagrégation).

Il ne nous a été donné d'observer, au cours de notre pratique déjà longue, que ce cas d'une schizophrène devenant spontanément épileptique. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de le rapporter et de montrer que de cette épilepsie n'est résultée aucune répercussion dans l'état psychique ou pragmatique, ni dans la nature des symptômes ou leur intensité.

Les troubles du langage étant assez particuliers et typiques, nous avons voulu à cette occasion indiquer les distinctions qui nous paraissent fondamentales dans la constitution des troubles de l'expression verbale chez le comitial et chez le schizophrène. Ces notions apportent leur contribution à l'interprétation de la psychopathogénie de certains troubles schizophréniques.

Paraphrénie au cours d'une maladie de Parkinson post-encéphalitique, par MM. Y. Poursines, A. Crémieux, J. Alliez et G. Rug. (1)

Les états délirants observés au cours de la maladie de Parkinson post-encéphalitique sont d'observation peu courante et les études qui leur ont été consacrées ont mis en lumière certains de leurs aspects assez particuliers. Courtois, puis Daumézon, ont insisté sur la forme volontiers paraphrénique de ces manifestations et l'un de nous avait souligné, avec J. Cain, à l'occasion de quatre cas personnels, leur caractère évolutif un peu spécial, avec absence de sthénie et de réactions graves, par contraste parfois avec la luxuriance des thèmes délirants exprimés. Nous venons d'observer un malade qui nous paraît présenter assez nettement ces particularités : délire fantastique et absurde, sans véritable affaiblissement intellectuel, évoluant sans incidents majeurs, parallèlement à un syndrome parkinsonien classique, dont l'origine remonte vraisemblablement à l'épidémie encéphalitique contemporaine de la fin de la guerre 1914-1918.

Observation 23.834. — Lem..., 66 ans, d'origine corse, est amené dans le service par sa famille le 11 octobre 1953, à cause de la recrudescence de troubles mentaux déjà remarqués en 1949.

(1) Travail de la clinique des maladies nerveuses. Faculté de médecine de Marseille. Dir. : Prof. Y. Poursines.

A cette date, Lem... rentrait d'un séjour de vingt ans effectué au bagne de Saint-Laurent-du-Maroni, en Guyane, où il avait été envoyé après le meurtre d'un voisin commis en 1928. L'entourage insiste sur l'absence de trouble mental à ce moment-là ; le sujet, alors âgé de 42 ans, avait quatre enfants en bonne santé et aucun mobile pathologique n'avait été retenu dans la détermination du crime ; lui-même dira que son voisin l'avait injurié et avait menacé son père ; il s'agit d'une modalité de « vendetta ». Au retour de Guyane, la famille remarque que Lem... tremblait et qu'il racontait des histoires peu croyables, prétendant avoir fait du cinéma et écrit des romans. Il disait avoir touché de l'argent, reparlait du meurtre, prétendait qu'il fallait reprendre le procès. Le professeur Roger constate un hémiparkinson droit et une tendance à la fabulation, sans que l'accent ait été mis alors sur l'importance de ces troubles mentaux. Aucun renseignement précis n'a pu être obtenu sur le début exact des troubles en Guyane. Les antécédents signalés consistaient en un éthylisme qui aurait été très marqué et surtout un épisode nerveux mal précisé, survenu à l'hôpital militaire de Besançon, à la fin de l'avant-dernière guerre, alors qu'il était traité pour une fracture de jambe mal consolidée et qui avait nécessité une ponction lombaire. La pension obtenue ne vise que les séquelles de la fracture (10 %).

A noter une particularité familiale : le malade ne porte pas le nom de son père naturel, qu'il connaît et l'a élevé, car il était encore marié lors de sa conception et n'a épousé sa mère que plus tard.

A son retour, le malade ne rentre pas en Corse mais est hébergé par l'un de ses enfants, dans la région aixoise. Un premier traitement améliore à la fois le tremblement et les idées bizarres, mais sans rémission complète ; plus tard, l'état neurologique s'aggrave ainsi que les troubles mentaux : deux mois avant l'entrée à l'hôpital survient un amaigrissement important et inexpliqué, tandis que l'activité délirante se fait intense. Son comportement était d'allure normale, puis il se met brusquement à divaguer. Quoiqu'habituellement très doux, il s'irrite alors vivement si on le contredit : « C'est la justice qui le guérira, les autres le trahiront. » Il importune les gendarmes de son village à cause des tourments qu'il dit subir.

A l'examen, les symptômes parkinsoniens sont importants, avec faciès figé, hypertonie pallidale et tremblement intense et caractéristique, à forte prédominance droite Bordet-Wassermann négatif dans le sang ; azotémie : 0,30. L'état cardio-vasculaire ne présente pas de particularités notables, l'intensité du tremblement ne permettant pas d'apprécier exactement les chiffres tensionnels. La monotonie du débit oratoire, la palilalie parfois, l'exagération du tremblement suivant l'accroissement du ton émotif donnent à l'exposé des idées délirantes un cachet particulier.

Le délire englobe à la fois l'état actuel et le passé ; les interprétations délirantes rétrospectives, souvent absurdes, rendent très difficile l'appréciation de l'évolution exacte du cas d'après l'interrogatoire mais l'entourage est formel sur l'absence de troubles mentaux antérieurement au départ pour la Guyane et sur leur bénignité relative à l'arrivée en France.

Lem... a « la géométrie et l'astronomie dans la tête depuis 1928 ; elles le font souffrir et ne le laissent pas se reposer ; ils lui disent de tout, qu'il aille avec lui pour le rendre riche, ils mettent un appareil dans l'estomac et également sur la fracture du bras non consolidée ; ils ont fait une ponction lombaire et y mettent le courant ; on l'a condamné à la « prémort » par la géométrie et l'astronomie, il est resté 3.300 jours à l'asile et on l'a

mis là 1.500 jours dans l'eau, on lui a envoyé des rayons, on lui fait voir des lézards blancs qui sortent de sa verge, on lui fait faire des sortes de miracles : « générer » des araignées, des insectes, qui sortent par là. Le géomètre lui parle sans cesse, il est très désagréable »... Lem... ressent parfois un mauvais goût dans la bouche ou bien il sent de mauvaises odeurs « de saleté ». Toute précision sur le déroulement des sévices subis, leur début exact est impossible à obtenir. Lem... parle peu spontanément et paraîtrait calmé si on ne l'abordait point. Mais dès le début de la conversation la plus banale, les mêmes thèmes stéréotypés reviennent sans cesse : quinze jours après son arrivée dans le service, il nous raconte encore que « c'est l'astronomie qu'il a toujours sur la tête ; il est resté 26 ans sous l'astronomie en violation des Droits de l'Homme, l'astronome qui fait des almanachs est venu le prendre en Corse et lui a dit de l'accompagner, qu'il dise comme lui, on l'a conduit à Fontevrault (exact), on lui a fait voir des héritages (?) ; le géomètre voulait le prendre avec une fillette de 7 ans et une de 4 ans pour obtenir un héritage (d'après l'entourage, il aurait eu récemment à ce sujet des attitudes suspectes), il me pousse à des attouchements génitaux sur des enfants. On lui a fait « du cinéma » depuis 26 ans : il s'agit de questions et de réponses qu'on fait dans sa tête, de musique aussi, qui le fait marcher, et c'est la musique de la trahison en France... ».

Le thème délirant est peu compréhensible. Un sentiment d'influence est souvent exprimé, qu'il soit attribué au « géomètre » ou à « l'astronomie ». Ces forces sont mauvaises, elles l'ont conduit de Corse au cachot, qui était plein d'eau, et où on lui a fait voir des projecteurs, des étincelles ; ...il résiste à ces forces, qui sont « en violation des Droits de l'Homme » au moyen de sa « loi » : « ma loi me sauve, c'est celle de la République... ». L'interprétation des symptômes proprement parkinsoniens est rare mais peut être obtenue sur incitation : « Ils m'ont changé de peau quand la tremblotte est venue..., c'est eux qui me font trembler, ils me le font passer (au sens de *patior*) pour le progrès et pour demander pardon pour la trahison de la France par la géométrie et l'astronomie, ils le piquent, lui font mal, ne le laissent pas dormir... Mais rapidement, l'explication est incohérente : la trahison est celle de l'Académie française, du monde entier, Guillaume voulait tout dominer... » Un vague antagonisme se dessine. Il y a des forces mauvaises : « On lui a caché la vue par une « mascure » et on voulait le descendre aux cabinets » mais « il y a un géomètre qui lui veut du bien et puis lui-même marche en vertu de sa loi, c'est la République et le président, c'est moi... ».

Lem... séjourne trois mois dans le service, ressassant les mêmes doléances absurdes mais sans manifester la moindre réaction excessive, en dehors de l'exagération du tremblement lorsqu'il débite avec une animation monotone ses élucubrations difficiles à suivre. Orienté, discipliné, il se considère à l'hôpital comme en observation pour son amaigrissement, et n'exprime guère son délire que s'il y est incité. Un cliché radiographique ne permet pas d'affirmer un processus néoplasique digestif. Mais sa famille ne peut le surveiller ni le traiter et redoute le renouvellement de son activité insolite. Un placement volontaire est effectué à Aix le 6 janvier 1954.

Le délire exposé par ce malade est difficilement compréhensible ; les thèmes de persécution et d'influence dominent mais la trame du

roman exprimé est très lâche, les liens logiques font souvent défaut, l'extension de l'activité délirante est souvent fantastique. On notera les quelques néologismes, la tendance aux abstractions (la géométrie est plus souvent en cause que le géomètre), la fréquence de l'élément hallucinatoire auditif, cénesthésique et génital, mais aussi du sentiment d'influence associé à quelques hallucinations olfactives, le peu d'importance des symptômes proprement parkinsoniens dans la genèse ou l'élaboration des idées délirantes. Au contraire, les interprétations rétrospectives sont très riches et l'existence mouvementée et dramatique de notre sujet fournit le canevas sur lequel il brode avec fantaisie. Elles expliquent l'impossibilité pratique de fixer avec précision le début de l'état. Une réticence pudique entoure cependant l'épisode judiciaire de 1928 ; les explications que Le. en donne sont embrouillées et ont trait surtout aux modalités inhabituelles de sa filiation, où la part délirante est difficile à préciser. Par contre, la série des événements vécus peut être retrouvée sous le masque délirant secondaire ; peut-être a-t-il existé des éléments oniriques qui seraient maintenant englobés dans un système plus vaste, sinon plus cohérent ? Le contraste est à noter entre l'importance de ces interprétations relatives au passé récent et lointain et le peu de place que prennent les graves troubles neurologiques actuels dans le contexte délirant. En ce qui concerne son aspect nosologique, notre cas constituerait une forme de paraphrénie fantastique au cours de la maladie de Parkinson plutôt qu'une véritable démence paranoïde, l'affaiblissement intellectuel n'étant pas considérable et l'absurdité des conceptions délirantes ne retentissant pas sur le comportement habituel.

Cette observation nous paraît fournir un exemple intéressant d'état délirant et hallucinatoire consécutif au parkinsonisme encéphalitique ; il en présente certaines particularités bien connues maintenant, mais de constatation assez rare et de fréquence variable suivant l'origine asilaire ou non des malades. Elle en constitue un aspect paraphrénique, sur lequel insistaient naguère Anderson et Guerra (*Rassegna di Neuro-psichiatria*, Rome, janvier-février 1951), et où ils soulignaient l'importance des expériences délirantes primaires. A ce point de vue, si l'organicité de l'état explique un certain aspect « mécanique » du tableau, le passé intensément vécu de notre sujet a joué dans la texture du délire un rôle primordial et il en colore l'expression d'une touche originale, quoiqu'on ne puisse le considérer comme le seul élément déterminant.

La séance est levée à 19 heures.

Le secrétaire général :
X. Abély.

SOCIÉTÉS

Société française de neurologie

Séance du 6 mai 1954

Présidence : M. A. THÉVENARD, président

Un cas de forme juvénile d'idiotie amaurotique,

par MM. F. Thiébaut, Waitz, F. Rohmer, A. Brin et Israel.

Présentation d'un cas d'idiotie amaurotique avec baisse de la vision, syndrome de régression psychique, crises d'épilepsie qui s'accompagnent d'altérations électro-encéphalographiques et d'une vacuolisation des lymphocytes.

Sur un cas probable de thrombose du tronc basilaire,

par MM. L. Chadoutaud, P. Cossa, J. Postel et Mlle Rouanet.

Chez une femme atteinte de rétrécissement mitral en arythmie complète, survenue d'un syndrome paralytique, d'abord gauche, puis droit, constitué par : 1° une quadriplégie ; 2° une paralysie bilatérale de tous les systèmes moteurs du tronc cérébral.

Après quatorze jours, sous l'influence des thérapeutiques anticoagulante et antiœdème, les auteurs notent une rétrocession lente des paralysies, qui permet la survie de la malade dans des conditions convenables d'existence.

Thrombophlébite cérébrale, par MM. R. Thurel et J. Payot,

Deux cas de thrombophlébite cérébrale : l'un au cours d'une cardiopathie, l'autre post-otitique. Le début en est brusque, des signes de localisation parétiques ou épileptiques apparaissent, le liquide céphalo-rachidien est le siège d'une réaction méningée aseptique avec hémorragie. Les auteurs soulignent que l'élément hémorragique semble essentiel pour différencier cliniquement la thrombophlébite de l'abcès du cerveau.

Les données morphologiques de la pneumo-encéphalographie au cours de la sclérose en plaques, par MM. G. Boudin et J. Barbizet

Après étude pneumo-encéphalographique de 33 sujets atteints de sclérose en plaques, les auteurs ont noté, dans la moitié des cas de formes anciennes et évoluées, une augmentation de volume des ventricules latéraux et des espaces péri-cérébraux. Même observation a pu être faite dans des scléroses en plaques au début, où les manifestations cliniques sont purement spinales.

Constantes, ces dilatations s'opposent, de ce fait, aux variations de la formule du liquide céphalo-rachidien au cours de l'évolution de la maladie.

La fréquence du siège sous-épendymaire et sous-pial des lésions au cours de la sclérose en plaques expliquerait la relative précocité et l'importance de ces dilatations.

Etude physiopathologique d'une aménorrhée accompagnant un syndrome hypothalamique traumatique, par MM. J. Decourt, J. Guillaume et J.-P. Michard.

Chez une femme atteinte de traumatisme cranien grave, installation d'un syndrome hypothalamique complet, en rapport avec une volumineuse hydropisie de la citerne opto-chiasmatique. L'intervention chirurgicale fait disparaître certains éléments du syndrome (crises de narcolepsie, hémianopsie bitemporale, diabète insipide), mais laisse subsister une obésité accompagnée d'aménorrhée. Celle-ci n'est pas liée à l'altération de l'hypophyse, car le taux de F.S.H. est normal et l'étude des stéroïdes urinaires, notamment des 17-cétostéroïdes et des corticoïdes, fait la preuve d'une sécrétion normale de corticostimuline. L'étude biologique montre que l'aménorrhée a pour origine un défaut de lutéostimuline, dont la sécrétion est normalement contrôlée par l'hypothalamus, comme l'ont montré de nombreux faits expérimentaux. On ne saurait cependant éliminer dans ce cas un trouble propre de réceptivité utérine, car l'administration d'œstrogène et de progestérone à des doses physiologiques n'a pas déclenché d'hémorragie.

Hématome intra-médullaire, par MM. R. Thurel et P. Morinet.

Deux cas d'hématome intra-médullaire. Le premier est secondaire à un traumatisme et porte sur les cordons postérieurs ; seul l'examen anatomique a permis de le découvrir. Le second est spontané, a constitué une paraplégie en quelques heures et réalise un tableau de myélite transverse avec blocage lipiodolé. L'intervention n'a pu être faite avant l'exitus.

Spondylose cervicale, par M. Russel-Brain.

Après un rappel anatomique présenté avec de nombreux documents radiologiques, l'auteur étudie les réactions de ces lésions osseuses sur le système nerveux d'une part, phénomènes radiculaires, et, d'autre part, compressions médullaires dont la démonstration est apportée par l'iconographie. L'auteur discute le rôle de la spondylose dans certains syndromes particuliers du membre supérieur et termine en posant des indications thérapeutiques médicales, orthopédiques ou chirurgicales.

Maladie de Paget compliquée de paraplégie guérie par laminectomie, par MM. F. Thiébaut, D. Philippidès et F. Rohmer.

Au cours d'une maladie de Paget typique, paraplégie progressive aggravée par la radiothérapie avec arrêt de lipiodol. Après laminectomie, très importante amélioration. Il semble s'agir de phénomènes congestifs portant sur la réaction des méninges, qui peuvent précéder les manifestations osseuses radiologiquement visibles. L'avenir de tels malades, ajoutent les auteurs, est certainement à réserver.

ANALYSES

LIVRES, THESES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

La méthode des phrases à compléter appliquée à l'étude de la personnalité, par Dominique Bonnet (1 brochure in-8°, 148 pages, *Préface* du professeur agrégé Léon Michaux, Thèse Paris 1953, Imprimerie Ch.-A. Bédu, Saint-Amand, Cher, 1954).

Le but que s'est proposé l'auteur est d'apporter une contribution pratique à l'étude de la personnalité. Après un bref tableau des origines de la méthode des phrases à compléter (phrases incomplètes pour l'étude de l'intelligence déjà utilisées par Binet et Simon en 1904, tests d'associations de mots, questionnaires) et une revue générale des travaux publiés sur ce sujet jusqu'en 1952, travaux pour la plupart en langue anglaise, M. D. Bonnet expose dans une deuxième partie ses recherches personnelles à partir du test publié en 1947 par M. Stein. L'insuffisance d'une méthode d'interprétation uniquement intuitive l'a conduit à l'élaboration expérimentale d'une grille de dépouillement (en six catégories) pour la traduction française de ce test, puis à l'établissement d'une nouvelle version, d'interprétation plus facile, plus rapide et qu'il juge plus sûre. Ayant renoncé à la cascade de prénoms divers dans les phrases à la troisième personne pour adopter un prénom unique « Paul », il a donné à cette technique rapide de dépouillement l'appellation de « test de Paul ».

Pour illustrer les possibilités offertes pour l'étude de la personnalité par la méthode ainsi révisée des phrases à compléter, l'auteur, dans une troisième partie, résume 25 des observations choisies parmi celles qui furent l'objet des 500 tests lui ayant servi à établir sa méthode et ses conclusions. 17 de ces observations concernent des enfants ou des jeunes gens examinés dans des centres d'orientation professionnelle (un niveau mental d'au moins 11 ans est nécessaire) ; les huit autres concernent des malades internés pour troubles mentaux. Ces exemples mettent en valeur l'intérêt de ce test chez les enfants et les adolescents : l'auteur fait remarquer que les ambitions normales, concrètes et réalisables, s'y expriment avec moins de vigueur que les désirs réactionnels à un déséquilibre affectif et que les réponses traduisent de façon particulièrement intéressante les sentiments à l'égard des parents (l'estimation des « sentiments d'affection » et de la « famille » est

aussi plus marquée dans deux groupes de filles que chez les garçons). Pour les malades mentaux, ce n'est guère qu'à ceux capables de s'exprimer aisément et correctement que le test puisse être appliqué et utilisé comme épreuve valable de personnalité (névroses, déséquilibres, délires sans réactions d'opposition, troubles légers ou transitoires, etc.). Des tableaux statistiques complètent cet exposé et permettent de se rendre compte de la fréquence des divers types de réponses fournis par un même stimulus.

Dans une quatrième partie, l'auteur rappelle que c'est dans l'étude des adolescents (dépistage des troubles affectifs et des inadaptations, analyse psychologique) que cette méthode, applicable cependant aussi aux adultes, trouve son indication majeure. Il en précise les conditions d'application, les variétés de construction (choix des stimuli), les techniques d'administration, les techniques d'interprétation (étude du comportement du sujet, étude des caractères formels des réponses, interprétation qualitative, interprétation quantitative). Situant la méthode des phrases à compléter parmi les autres tests de personnalité, il en étudie la fidélité et la validité, d'appréciation difficile. Les méthodes de validation statistique sont peu concluantes, mais l'expérimentation clinique permet de juger de la valeur pratique de ce test pour l'exploration de la « personnalité » (si difficile à définir que soit ce terme).

Car, et l'auteur prend soin de le préciser, la méthode qu'il propose ne constitue que l'un des temps de l'examen, ne prend toute sa valeur que par une confrontation avec les autres données. Si révélatrice de la personnalité qu'elle soit, dans de nombreux cas, elle ne saurait constituer l'élément unique d'un diagnostic. Située « aux confins de la psychotechnique et de la méthode clinique », elle se caractérise par sa simplicité, sa souplesse, la possibilité d'applications collectives, la rapidité de l'interprétation des résultats et leur indépendance des théories psychologiques.

Une importante bibliographie termine cette importante contribution à la mise au point d'une délicate question qui intéresse autant les psychiatres que les psychotechniciens.

René Charpentier.

Psychologie normale et pathologique de l'Africain. Etude ethno-psychiatrique, par G. C. Carothers (de Portsmouth, Angleterre) expert-conseil en santé mentale (1 vol. in-8°, 200 pages, traduction française de H. Aubier, publié par l'Organisation mondiale de la santé, Genève, 1954).

L'auteur, né en Afrique du Sud et qui y exerça dans le service de santé colonial après être allé étudier la médecine en Angleterre, limite d'abord cette étude à celle de l'Africain du type rural. L'ouvrage, centré sur la question de savoir dans quelle mesure les attributs psychiques distinctifs de l'Africain sont dus à des facteurs génétiques et dans quelle mesure ils relèvent du milieu, est divisé en trois parties. Dans la première, sont exposés les facteurs anthropologiques et de l'environnement qui conditionnent la vie de l'Africain (données archéologiques, races de l'Afrique moderne et leurs caractéristiques, Noirs d'Amérique ; milieu africain et ses facteurs géographiques, climatiques, infectieux, nutritionnels, culturels, mettant l'accent sur le fait que la culture africaine est fondée sur la terre ; maladies physiques, héréditaires, infectieuses, carentielles, endocriniennes, neurologiques, etc.).

C'est dans la deuxième partie du livre qu'après avoir montré que, sur le plan physique, la maladie est de règle plutôt qu'exceptionnelle, M. J. C. Carothers aborde l'étude de la psychologie de l'Africain. Après avoir résumé les connaissances acquises sur la morphologie du cerveau africain, l'histologie corticale (Vint) et les résultats provisoires des examens électro-encéphalographiques, l'auteur rappelle les conceptions européennes sur l'Africain considéré comme : conventionnel, dépendant fortement des stimulations physiques et émotionnelles, manquant de spontanéité, de prévoyance, de ténacité, de jugement, d'humilité, inapte à l'abstraction saine et à la logique, enclin à la fantaisie et à l'invention, instable, impulsif, ignorant le sens des responsabilités, sans ambition, mais gai, stoïque, sûr de lui, sociable, loyal, intuitif, éloquent, sans rancune, d'excellente mémoire et de vocabulaire étendu, apte à la musique et à la danse. M. J. C. Carothers relate ensuite les divers travaux concernant le tempérament de l'Africain, son niveau intellectuel, ses aptitudes, sa personnalité totale. Il a personnellement dégagé ces trois tendances fondamentales de l'Africain que sont l'incapacité de considérer un événement comme un élément d'une situation d'ensemble, la tendance permanente à suivre sans raisonner des procédés de routine, le manque d'intérêt et d'attention si la situation ne fait pas appel à ces facteurs de manière directement personnelle et émotionnelle.

Etudiant ensuite la psychologie en fonction du milieu, il établit une intéressante synthèse du développement chronologique de la mentalité africaine en fonction des facteurs culturels (petite enfance, enfance, adolescence, âge adulte), puis en fonction d'une mauvaise alimentation et de la maladie. Culture et malnutrition étant considérées comme ayant un rôle particulièrement important pour cette étude. Après un chapitre consacré à la psychologie du Noir aux Etats-Unis (actuellement, le Noir américain est rarement de pure race noire), chapitre qui souligne la grande importance des facteurs du milieu, l'auteur expose les données psychiatriques de cette étude. Il insiste à nouveau sur l'importance étiologique de ces facteurs et des facteurs psychologiques ambivalents, de l'association à l'inquiétude de la croyance à l'ensorcellement. Bien des raisons s'opposent à une évaluation suffisamment précise de la fréquence des troubles mentaux et des déficiences mentales et le diagnostic différentiel des différentes psychoses est souvent rendu difficile par l'absence de renseignements, la diversité des langues, l'absence d'introspection, l'originalité des réactions psychopathiques, etc. Parmi les catégories psychiatriques signalées par les auteurs, M. J. C. Carothers signale la déficience mentale, les divers troubles mentaux associés à des affections organiques, l'épilepsie, les sujets agressifs et antisociaux, la schizophrénie sous ses diverses formes, les psychoses affectives, les psychonévroses (états d'anxiété, hystérie, névroses obsessionnelles), des cas aussi qu'il serait difficile de classer dans la nosographie psychiatrique utilisée en Europe. L'auteur souligne l'importance pour la psychiatrie du Noir africain de la technique du « reniement » décrite par M. H. Aubin. Quant aux Noirs des Etats-Unis, leurs réactions psychopathiques semblent en général se situer entre celles des Africains ruraux d'Afrique et celles des Blancs ; de leur urbanisation relativement récente résulte souvent une phase difficile favorisant les défaillances mentales.

En conclusion, et sans sous-estimer l'importance psychologique de ce facteur qu'est la malnutrition, l'auteur, après des considérations sur l'évolution historique des conditions de vie en Afrique, admet que les attributs

psychiques des Africains sont le résultat direct de leur culture. Mais les efforts en vue du développement culturel seront entravés aussi longtemps que n'aura pas été résolu le problème de l'alimentation. On a dit que l'Africain n'atteint pas comme l'Européen à une intégration personnelle totale : en réalité, ajoute l'auteur, il semble vivre dans cet étrange état intermédiaire entre le sommeil et la veille où la réalité et l'imagination se rencontrent et se confondent.

René Charpentier.

Traité de psychiatrie. *1er volume*, **Psychologie médicale** (*Trattato di psichiatria, vol. I. Psicologia medica*), par Lucio Bini et Tullio Bazzi. (1 vol. in-8°, 418 pages, *Préface* du professeur Ugo Cerletti, Dottor Francesco Vallardi édit., Milan, 1954).

Après une intéressante préface, dans laquelle le professeur *Ugo Cerletti* souligne l'orientation actuelle de la psychiatrie et l'extension de ses activités, ce premier volume (le second étant réservé à la psychiatrie clinique) est consacré aux aspects nouveaux de la psychologie et de la psychopathologie.

La première partie du volume traite de la *psychologie générale*, de sa définition, de ses limites, de ses divers points de vue (associationisme, behaviorisme, psychanalyse, psychologie dynamique, gestaltisme, existentialisme, psychologie médicale). Une classification des phénomènes psychiques, l'exposé des corrélations de l'activité psychique et du substratum organique de l'esprit (anatomie et physiologie du système nerveux, localisations cérébrales, rythme électrique) terminent ces premiers chapitres.

Dans une deuxième partie, consacrée à la *psychopathologie générale*, les auteurs, après un bref historique, s'attachent à l'étude critique de l'étiopathogénèse des troubles mentaux, de la signification et des corrélations des symptômes dans la structure de ces troubles, des concepts d'état d'anormalité et de maladie mentale et terminent par un schéma général de classification psychopathologique des troubles mentaux selon une « méthode clinico-nosographique ».

C'est dans la troisième partie que MM. Lucio Bini et Tullio Bazzi étudient la *psychologie spéciale* et la *psychopathologie spéciale* dans des chapitres où sont envisagés successivement les perceptions, la mémoire, la pensée et les délires, l'intelligence, l'affectivité, l'activité, l'attention, la conscience. Les derniers chapitres traitent des mécanismes psychiques, des types psychologiques et psychobiologiques.

Dans la dernière partie de ce premier volume sont réunies les *techniques d'exploration de l'activité psychique normale et anormale :* techniques d'introspection et techniques d'observation objective (du comportement spontané, des réactions provoquées, d'observation anatomo-physiologique), techniques de provocation expérimentale de manifestations pathologiques sur l'animal et sur l'homme, techniques d'exploration de l'inconscient (psychanalytiques, projectives, hypnotiques, narcoanalytiques), tests mentaux d'efficience et de personnalité.

Une abondante bibliographie et un index analytique terminent ce premier volume, illustré de 47 figures et de nombreux tableaux.

R. C.

Entretiens psychiatriques, 1953, par H. Faure, H. Azima, A. Castelazo, M. Chaigneau, J. Gabel, J. Garcia-Badaracco, P. Kœchlin, J. Paumelle, J. de Verbizier (1 vol., 204 pages, *Préface* de Henri Ey. *in* "Collection Psyché". L'Arche, édit., Paris 1954).

Ce volume contient les travaux présentés pendant l'année 1953 au cercle d'études psychiatriques sous la direction de M. Henri Ey. Dans un premier mémoire intitulé « *L'investissement délirant des objets* », *M. Henri Faure* étudie la nature, la signification et l'utilisation de ces « paquets » que traînent partout avec eux certains psychopathes chroniques. L'analyse de ces « délires d'objet », délires englobant de façon durable, un objet matériel concret, précis, observable, et dont l'auteur rapporte des observations classées par lui en trois catégories (selon que l'objet matérialise le rôle du sujet en fonction de son délire, ou que cet objet matériel concret a déclenché une croyance, ou encore que « la croyance du malade côtoie les objets et les assemble selon un rapport magique ») est aussi un utile mode d'approche pour parvenir à la connaissance du malade.

Abordant l'étude du *problème biophysique de la conscience, M. H. Azima,* après un rappel des définitions philosophique, phénoménologique, psychologique et psychanalytique de la conscience (aspect subjectif) et un exposé des rapports de la conscience avec le cortex cérébral et avec les dispositifs sous-corticaux (aspect objectif), tente, en conclusion, de donner de la conscience une définition psycho-physique, en la considérant comme « l'exprimabilité des patterns neuroniques de plus grand ordre ». Une abondante bibliographie accompagne cette discussion.

La conférence de *M. A. Castelazo* apporte des renseignements sur *la délinquance au Mexique,* ses types les plus fréquents, la situation juridique du mineur délinquant au Mexique, les facteurs de la délinquance, les lacunes actuelles, les progrès et les solutions d'avenir. A propos de deux cas d'ambigraphie, *Mad. Hélène Chaigneau* publie des *réflexions sur la gaucherie et l'ambimanie,* soulignant l'importance des épreuves graphiques et concluant qu'il se pose à l'enfant mal latéralisé des problèmes de structure et d'orientation qu'on peut aider à résoudre en objectivant sa latéralité. Etudiant la *psychopathologie de Kafka, M. J. Gabel* dégage les grands thèmes de son œuvre, les éléments schizophréniques de sa personnalité et de son œuvre. *M. J. Garcia-Badaracco,* dans un travail intitulé « *Electro-encéphalographie et psychisme* », rappelle les caractéristiques de l'activité électrique du cerveau, les résultats publiés par de nombreux auteurs de recherches psychologiques ou psychiatriques, la nature et les fonctions des rythmes cérébraux et conclut en recherchant « les raisons de l'échec actuel de l'électro-encéphalographie en psychiatrie ».

A propos du symbolisme schizophrénique, dont il rapporte quelques observations, *M. P. Koechlin* écrit que le rôle fondamental du symbole est peut-être, en « dématérialisant » le monde vécu par le schizophrène, de libérer ce dernier de toute culpabilité. Il dégage de ce symbolisme schizophrénique (différent du symbolisme des rêves par l'absence apparente de tout élément de censure) des conclusions pratiques de technique psychothérapique. Sous le titre qui, pris mot à mot, dépasse assurément la pensée de l'auteur de *mythe de l'agitation des malades mentaux,* il s'agit, en réalité pour *M. J. Paumelle,* de mettre en évidence les raisons, extérieures aux malades, susceptibles de créer ou d'entretenir l'agitation. Une attitude objective en face de l'agitation est, écrit-il, la condition des progrès de la psychiatrie. Ce

mythe, c'est celui qui « se résume dans la peur du fou ». Il y a bien longtemps que Magnan a montré et obtenu, dans son service de l'Admission, le comportement efficace à l'égard des malades y arrivant en état d'agitation. L'aurait-on oublié ? *Biotypologie et construction de la personnalité* est le titre des dernières pages dans lesquelles *M. J. de Verbizier*, après un résumé critique des diverses théories, considère la biotypologie, non comme une explication, mais comme une résultante, « par laquelle et au delà de laquelle se trouve le véritable sens de ces structures organiques. Elle est à la personnalité ce que la forme est au langage ». Elle retrouve sa place, ajoute l'auteur, dans une étude de la personnalité, « où celle-ci se présente comme un système structural, se créant au point de rencontre du biologique et du social, dans une synthèse continue ».

R. C.

L'enfance mentalement insuffisante. Rapport d'un comité d'experts de l'Organisation mondiale de la santé, n° 75 (1 brochure in-8°, 52 pages. Organisation mondiale de la santé édit., Genève, avril 1954).

Ce rapport étudie les problèmes posés par les formes les moins graves d'insuffisance mentale ou d'inadaptation sociale des enfants et les conditions permettant à ces enfants de tirer pleinement parti des aptitudes et des ressources limitées qui sont les leurs.

Après avoir précisé les définitions, la classification, la terminologie et la fréquence de cette insuffisance, les conditions aussi de sa prévention, les auteurs du rapport exposent les conditions exigées par quatre services essentiels : services médicaux (dépistage, diagnostic, conseils aux parents, etc.) ; services d'enseignement et d'éducation (à l'école maternelle, à l'âge scolaire, à l'adolescence) ; services d'orientation et de formation professionnelle, de placement ; services sociaux.

Ces divers services appelant l'intervention de multiples personnes et de différents services, le rapport souligne l'importance de la formation du personnel et de la coordination des efforts, formulant des recommandations pour la formation des divers spécialistes appelés à s'occuper des enfants mentalement insuffisants, ainsi que pour l'éducation des parents et de la population en général.

Des considérations juridiques permettent l'énoncé de quelques principes généraux (législation protectrice, mais sans excès, dans le cadre d'une législation générale destinée à la protection de l'enfance, création des services nécessaires, tutelle ou curatelle, abandon de procédures inutiles et humiliantes sauf dans des cas exceptionnels). Seule, une coordination étroite des différents services peut assurer un diagnostic précoce suivi de l'application rapide des mesures thérapeutiques nécessaires.

R. C.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

L'hygiène mentale à l'école maternelle. Rapport d'un Comité d'experts de l'Organisation mondiale de la santé et de l'U.N.E.S.C.O. (1 brochure, 36 pages, U.N.E.S.C.O. Paris, 1953).

Cette brochure contient le rapport, présenté à Paris du 17 au 22 septembre 1951, lors de la réunion d'un comité d'experts réuni par la colla-

boration de l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture et de l'Organisation mondiale de la santé.

Ce rapport, qui se rattache à un programme d'éducation pour la santé mentale et le développement social des jeunes enfants et met en évidence l'importance de la contribution que peut apporter à ce but la maîtresse d'école maternelle, est destiné à ceux qui sont chargés d'assurer la formation des maîtresses d'école maternelle.

Le développement et la fonction sociale des écoles maternelles, les besoins de l'enfant et le rôle de la mère dans la petite enfance, la psychologie normale de l'enfance, le rôle, le recrutement, la sélection, la formation des maîtresses, des directrices et des inspectrices des écoles maternelles sont successivement étudiés dans le rapport ainsi que les moyens d'éclairer l'opinion publique sur l'importance de ces problèmes.

R. C.

MÉDECINE SOCIALE

Rapport final de la réunion mixte d'experts des problèmes de santé mentale se rattachant à l'adoption (1 brochure in-8°, n° 70, 20 pages, Organisation mondiale de la santé édit., Genève, septembre 1953).

Après avoir défini la nature et les buts de l'adoption et précisé dans quels cas l'adoption est à envisager, les auteurs traitent des méthodes d'adoption et des principes sur lesquels elles reposent, en se référant particulièrement à l'évolution et à la structure sociale actuelle des pays occidentaux.

Rappelant que l'heureux développement de l'enfant dépend en grande partie du milieu dans lequel il vit, en particulier tout au début de l'existence, les rapporteurs indiquent les facteurs à prendre en considération pour déterminer les modalités de l'adoption (qualités parentales, conjugales, âge des parents adoptifs, présence d'autres enfants dans la famille adoptive, relations entre parents et enfants adoptifs, religion, nationalité de l'enfant, statut juridique) et s'élèvent contre la possibilité, dans certains pays, d'annulation de l'adoption.

Des considérations sur la « mère naturelle » et son avenir et sur les relations des parents adoptifs avec l'enfant adopté terminent ce rapport où sont également étudiées les conditions et les difficultés de l'examen des aptitudes mentales de l'enfant, l'importance au moins aussi grande de l'examen des qualités des parents adoptifs, les enquêtes concernant les facteurs héréditaires, les possibilités d'adoption des enfants déficients, le choix et la formation du personnel chargé des questions d'adoption.

L'adoption doit avoir pour principale raison d'être le bonheur de l'enfant qui doit se voir accorder le même statut social, les mêmes chances et les mêmes droits qu'un enfant vivant dans sa famille naturelle. Les parents adoptifs doivent être prêts à accepter les risques auxquels s'exposent normalement des parents. La vie familiale ainsi réalisée se rapprochera d'autant plus de la normale que l'âge des parents adoptifs correspondra à l'âge des parents naturels de l'enfant. Et il est nécessaire d'informer de bonne heure l'enfant de sa condition d'enfant adoptif.

R. C.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

La psychiatrie en la cinquantième année du XX^e siècle. (La psiquiatria en el ano cincuenta del siglo XX), par Jorge Thenon. (*Revista latino-americana de psiquiatria*, 1re année, n° 4, juillet 1952, p. 1-16).

Les positions de la psychiatrie ne sont plus les mêmes qu'au début du siècle : bouleversement des nosologies alors admises et en particulier des classifications de Kræpelin, rôle donné à l'intuition pour le diagnostic, développement des méthodes de choc et de la psycho-chirurgie, extension de la psychanalyse, soit orthodoxe, soit adlérienne ou jungienne, théories concernant les fonctions de l'hypothalamus, médecine psycho-somatique, conceptions de Pavlov, cybernétique. En conclusion, l'auteur montre le dilemme de la psychiatrie, ou l'irréel et le néant par le chemin de l'inconscient et sa philosophie irrationnelle, ou l'examen de la réalité concrète avec l'aide de la raison et de son instrument prodigieux : la science.

V.-J. Durand.

De l'influence de la guerre 1939-1945 sur la psychiatrie britannique, par William Sargant et Eliot Slater (de Londres). (*Jornal brasileiro di psiquiatria*, 1952, vol. 1, n° 16, p. 398-414).

Pendant la dernière guerre la proportion des névroses, en Grande-Bretagne, fut seulement légèrement augmentée chez les civils, mais devint considérable dans l'armée. La névrose apparaît comme une réaction dont la qualité et l'intensité sont déterminées par la constitution individuelle et par la tension nerveuse imposée. Les mécanismes conditionnels sont très importants. Pour être efficace, la psychothérapie doit être aidée de méthodes physiques (par exemple, sommeil continu, insulinothérapie modifiée). La psychanalyse est habituellement inutile. Quelques tendances de la psychiatrie anglaise actuelle sont rappelées et critiquées.

V.-J. Durand.

Orientation scientifique de la clinique psychiatrique. (Orientacion cientifica de la clinica psiquiatrica), par A. Vallejo Nagera (de Madrid). (*Revista de psiquiatria y psicologia medica de Europa y America latinas*). tome 1, n° 1, 1953, p. 21-30).

Opposé à l'application de principes philosophiques en psychiatrie, ce qui retarderait le progrès scientifique, l'auteur fait une ébauche de l'évolution historique de cette discipline. Le confusionnisme des diverses orientations étiopathogéniques et nosologiques né au XIX^e siècle persiste encore maintenant. Une étude critique en est faite rapidement amenant à conclure que le clinicien ne doit souscrire à aucune conception organiciste déterminée, mais

avoir une large vue d'ensemble sans oublier l'interprétation psychologique des phénomènes observés. Quant au psychiatre, il doit éviter d'adopter aussi bien des doctrines philosophiques et psychologiques conduisant au métaphysicisme psychiatrique, que des théories personnelles insuffisamment appuyées sur les faits.

V.-J. Durand.

Psychiatrie en général et psychiatrie sociale. (Psiquiatria en general e psiquiatra social), par Mauricio de Medeiros. (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 1, n° 14, 1952, p. 185-203).

Montrant le développement des problèmes sociaux en psychiatrie, l'auteur, après le rappel des rapports avec quelques conceptions médico-biologiques, examine quelques problèmes particuliers, comme celui de l'alcoolisme, et ceux de l'arriération mentale, des personnalités psychopathiques, de la délinquance et de la prostitution.

V.-J. Durand.

Les rapports entre psychologie et psychiatrie. (I rapporti : fra psicologia e psichiatria), par Mario Gozzano (de Rome). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 13e année, fasc. 3, mai 1952 p. 257-272).

Le problème des rapports entre psychologie et psychiatrie est étudié par l'auteur aux points de vue symptomatologique, pathogénique, nosologique et thérapeutique. Comme les moyens biologiques sûrs de diagnostic psychiatrique manquent encore, il faut perfectionner la sémiologie psycho-pathologique. L'existence d'affections mentales d'origine psychique rend nécessaire l'étude psychologique des malades. Une collaboration étroite entre psychiatre et psychologue est souhaitable. Il faut espérer la création de postes de « psychologues cliniques » dirigeant l'étude psychopathologique des malades.

V.-J. Durand.

L'importance de la constitution en psychiatrie, par G. Langfeldt. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 4, octobre 1953, p. 261).

L'auteur appelle constitution l'ensemble psycho-biologique d'une personnalité qui a été stabilisée à un degré tel qu'elle ne peut être modifiée par des influences importantes, psychiques ou physiques. Les recherches héréditaires, la caractérologie normale et l'expérience clinique parlent fortement en faveur de l'existence d'un type bien défini de constitution, qui joue un rôle important en pathologie et en criminologie. Les types constitutionnels que l'on rencontre le plus fréquemment en clinique psychiatrique sont les constitutions sensitive, cyclothymique et schizoïde, hystérique, impulsive, paranoïaque et paranoïde. Pour l'auteur, leurs caractères fondamentaux et centraux sont d'origine héréditaire et il ne pense pas que la psychothérapie puisse avoir une grande influence pour modifier ces personnalités ; il fait cependant une exception pour les constitutions hystérique et paranoïaque. Un trait commun à tous ces types constitutionnels consiste en la disposition aux réactions aussi bien névrotiques que psychotiques. La constitution sen-

sitive serait pour l'auteur la base permettant le développement des simples réactions dépressives. La plupart des réactions paranoïaques seraient dues à une constitution hypersensitive. Quant aux hystériques, ils ont une tendance à transformer leurs conflits en symptômes physiques. Les symptômes cycloïdes et schizoïdes se présentent comme des manifestations directement héréditaires tandis que les symptômes des psychoses réactionnelles consistent en une simple exagération du type constitutionnel. Pour l'auteur, le diagnostic et la différenciation des types constitutionnels sont indispensables pour comprendre aussi bien les réactions pathologiques et leur pronostic que la personnalité elle-même des sujets.

L. Marchand.

Le concept de normalité. (The concept of normality), par F.-C. Redlich. (de New-Haven Connecticut). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 6, n° 3, juillet 1952, p. 551-576).

Dans cette communication, suivie d'une large discussion, l'auteur montre les différents concepts de normalité psychique. Sont surtout envisagés les concepts statistique et clinique. Dans ce dernier interviennent des jugements de valeur. La normalité au sens psychanalytique est discutée. Il est souvent très difficile en psychiatrie de définir les traits essentiels d'un comportement normal. Bibliographie. Assez longue discussion, à laquelle prennent part plusieurs orateurs.

V.-J. Durand.

Pervertissements et survivance du « moi social » chez le fou et chez le criminel. (Pervertimenti e sopravvivenze dell' « Io Sociale » nel folle e nel criminale), par E. Altavilla. (*L'Ospedale psichiatrico*, 20e année, fasc. 2, avril-juin 1952, p. 174-186).

Cet article est un commentaire de quelques œuvres du professeur Baruk, en envisageant successivement le sentiment social et le sentiment moral, ce dernier et la folie, la décomposition de l'unité de la personnalité (sentiments de malaise, d'influence, d'évasion, d'automatisme, de vide), fragmentation, perturbation du sentiment social, antisocialité des aliénés, folie morale et folie intellectuelle, morale du délinquant. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Sur la psychopathologie du déracinement. (Zur Psychopathologie der Entwurzelung), par Maria Pfister Ammende (de Zürich). (*Bulletin der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften*, vol. 8, fasc. 4, juillet 1952, p. 338-345).

Chez les réfugiés observés en Suisse, trois aspects différents sont à retenir : 1) la fuite présentant quatre types portant sur les conflits actuels dans une phase décisive de la vie ; 2) le camp des réfugiés, la « psychose du réfugié interné » se développant en deux étapes : agressive, puis apathique ; 3) la

fixation et le déracinement. Ce dernier peut se voir, soit chez des sujets déracinables à cause de la faiblesse de leur moi, soit chez des sujets non enracinés (schizoïdes, certains névrosés par exemple).

V.-J. Durand.

L'analyse avec les aminés sympathico-mimétiques (Weck-analyse) dans le diagnostic psychiatrique d'urgence. (L'analisi con le amine simpatico mimetiche (Weck-analyse) nella diagnostica psichiatrica d'urgenza), par Bruno Callieri et Aldo Semerari (de Rome). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 13e année, fasc. 5, octobre 1952, p. 509-537).

Après un exposé critique des principes physiologiques et pharmacologiques de la « Weck-Analyse » et une description des effets psychologiques observés, les auteurs discutent des possibilités diagnostiques offertes par le choc amphétaminique. Ensuite, sont rapportés 34 cas personnels montrant l'intérêt de la méthode considérée comme une épreuve auxiliaire de diagnostic. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Quelques remarques sur les tests d'intelligence chez les faibles d'esprit. (Einige Bemerkungen zu Intelligenzprüfungen an Geistesschwachen), par le Professeur R. Meili (de Berne). (*Pro infirmis*, Zürich, 11e année, n° 1, 1er juillet 1952, p. 2-9).

Les tests d'intelligence chez les arriérés ne permettent pas d'arriver à une connaissance absolue. Ils ne donnent que des renseignements à interpréter, à compléter, à insérer dans un ensemble de données. Certaines notions sont à bien savoir pour l'emploi, diverses précautions sont à prendre pour une utilisation correcte. Il est nécessaire de considérer le coefficient d'erreur propre à chaque test, ainsi que les facteurs perturbateurs non directement liés à l'intelligence. En conclusion, l'auteur montre que les tests d'intelligence, s'ils offrent moins de possibilités que certains le pensent, permettent d'obtenir plus de résultats que le croient d'autres.

V.-J. Durand.

Valeurs moyennes, différences de groupe, déficits spécifiques chez 100 malades mentaux examinés avec une série de tests verbaux. (Valori medi, differenze di gruppo, deficit specifici in 100 ammalati mentali examinati con una serie di tests verbali), par G. C. Reda, L. Frighi et E. Schiavi (de Bologne). (*Rivista di neurologia*, 22e année, 1re partie, janvier-février 1952, p. 237-259).

Employant chez 100 malades mentaux une série de tests verbaux, les auteurs ont étudié les valeurs moyennes obtenues et comparé les résultats. Le dépouillement des 100 profils montre la sensibilité, la fidélité et la validité de ces tests. Les auteurs cherchent à établir les corrélations entre tests et valeur mathématique de la détérioration intellectuelle. Seize tableaux et graphiques.

V.-J. Durand.

Anormaux psychiques et « Ring Test ». Considérations tirées d'une recherche sur 143 sujets. (Anormali psichici e ring test. Considerazioni tratte da una in lagine sopra 143 soggetti), par E. Carrai (de Venise). (*Rivista di neuropsichiatria*, vol. 6, n° 4, juillet-août 1952, p. 322-341).

Employant le « Ring test » de Lindberg sur 143 anormaux psychiques, l'auteur a obtenu, dans l'ensemble, des résultats concordants avec ceux antérieurement trouvés. Il y a prépondérante vision de la couleur ou de la forme en fonction de l'âge, du niveau mental, de la stabilité psychique. Les résultats peuvent être faussés par la méthode d'examen et les procédés d'interprétation. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Le psychodiagnostic myokinétique de Mira. (El psicodiagnostico miokinetico de Mira), par Dra J. Pertejo Sesena. (*Revista de psicologia general y aplicada*, Madrid, vol. 6, n° 19, p. 537-562).

L'auteur décrit, avec les précisions techniques nécessaires, l'épreuve du psychodiagnostic myokinétique de Mira y Lopez, en indique l'interprétation en psychologie pathologique et en psychiatrie, donnant quelques exemples au moyen de figures reproduisant les kinétogrammes. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Le test de Rorschach en psychiatrie. (Il test di Rorschach in Psichiatria), par F. Barison (de Padoue). (*Il Lavoro neuro-psichiatrico*, vol. 9, fasc. 1-2, 1951, p. 147-164).

Se montrant partisan de la méthode originale de Rorschach dans la technique d'application et l'interprétation du test, l'auteur indique les modifications observées au cours de divers syndromes psychopathiques. Il étudie successivement, à ce point de vue, les névroses, les états dépressifs, les états maniaques, la schizophrénie (de façon plus détaillée), les psychoses organiques, l'épilepsie, les personnalités psychopathiques, l'oligophrénie et certaines affections variées comme les syndromes délirants non schizophréniques, les formes involutives. Pour chaque groupe morbide sont indiquées les caractéristiques de psychogramme.

V.-J. Durand.

Symboles dans le Test de Rorschach. (Simbolos en el Test de Rorschach), par Dª J. Peterjo Sesena (de Madrid). (*Revista de psicologia general y aplicada*, Madrid, vol. 7, n° 21, 1952, p. 39-72).

L'auteur expose les principes de la symbolique du test de Rorschach suivant la localisation (réponses globales, de détails), la détermination (mouvements, formes, clair obscur, couleur), le contenu (réponses humaines, animales, anatomiques, alimentaires, de masques, d'objets, géographiques ; eau, réponses populaires, réponses originales), les indices (total des réponses, temps moyen, Erlebnistypus). De très utiles indications sont données pour l'interprétation correcte du protocole d'examen. Il faut rechercher successivement le niveau intellectuel, le type d'intelligence et la structure de la personnalité.

V.-J. Durand.

Les contenus anxieux et agressifs dans le Rorschach. (I contenuti ansiosi e aggressivi nel Rorschach), par E. Pasqui (de Padoue). (*Rivista di neurologia*, vol. 22, fasc. 5, septembre-octobre 1952, p. 659-671).

L'auteur a étudié, par la méthode de A. Elizur, l'anxiété et l'agressivité exprimées dans les tests de Rorschach de sujets normaux, déprimés, névrotiques, épileptiques, schizophrènes, paralytiques généraux, extrapyramidaux. On trouve généralement chez les déprimés des hautes valeurs d'anxiété plus fréquentes ; chez les épileptiques, une plus nette abondance de symptômes d'agressivité. La méthode peut se montrer utile pour le diagnostic différentiel des groupes suivants : déprimés et normaux, paralytiques généraux et extrapyramidaux, épileptiques et normaux, déprimés, névrotiques, schizophrènes, paralytiques généraux et extrapyramidaux.

V.-J. Durand.

Après trente ans d'expérience clinique avec le test de Rorschach. (After thirty years of clinical experience with the Rorschach test), par M. Bleuler. (*Rorschachiana*, Hans Huber, Berne, vol. 1, n° 1, 1952, p. 12-24).

Le test de Rorschach, qui donne dans une large mesure l'image de la structure durable de la personnalité, peut être influencé fortement par les circonstances de l'examen. Après une poussée schizophrénique, les résultats peuvent être normaux ou rester fortement schizophréniques. Dans la famille d'un schizophrène, on peut trouver des signes de type morbide. Ils doivent être interprétés comme facteurs héréditaires partiels et latents ou comme participation à la maladie. L'analyse du contenu est aussi importante que celle du côté formel. Sans remplacer l'examen clinique, le test de Rorschach peut éclairer les grands problèmes de la psychologie et de la psychopathologie.

V.-J. Durand.

Expériences avec le test « Tsedek » de Baruk. (Esperienze con il test « Tsedek » di Baruk), par Lydia d'Argento (de Sienne). (*Rassegna di stud psichiatrici*, vol. 41, fasc. 3, mai-juin 1952, p. 405-414).

Après avoir étudié le test « Tsédek » de Baruk chez 100 sujets normaux et chez 100 malades mentaux, l'auteur pense, suivant les résultats obtenus, que cette épreuve ne permet pas d'observer chez les sujets examinés de modifications du jugement moral. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Le problème de l'activation des électro-encéphalogrammes en psychiatrie, par G. et J. Verdeaux (de Paris). (*Archivio internazionale di studi neurologici*, vol. 1, fasc. 4, septembre 1952, p. 512-522).

L'étude du tracé au repos ne suffit pas. Il faut avoir recours aux procédés d'activation de l'électro-encéphalogramme : hyperpnée provoquée très utile, si certaines conditions sont remplies, stimulation lumineuse intermittente, cardiazol, mais surtout scopochloralose, sommeil provoqué. La succession de ces diverses épreuves permet d'aider le clinicien à porter le diagnostic de comitialité ; cependant, les données de l'électro-encéphalogramme activé nécessitent toujours une grande prudence dans l'interprétation.

V.-J. Durand.

Involution et psychoses, par Alphonse Pelletier et Marcel Boisvert. (*Laval médical*, Québec, vol. 18, n° 7, septembre 1953).

L'involution marque une période critique qui peut favoriser l'apparition des troubles psychiques. Les auteurs montrent les caractéristiques des personnalités prédisposées, puis décrivent la mélancolie d'involution, forme clinique la plus fréquente. Beaucoup plus rares sont les psychoses de type paranoïde, moins sensibles à la thérapeutique. Celle-ci est décrite, ainsi que le pronostic et la prophylaxie.

V.-J. Durand.

Psychoses curables de l'âge avancé, par G.-H. Larue et M. Bouchard. (*Laval méaical*, Québec, vol. 17, n° 4, avril 1952, extrait de 12 pages).

Une forte proportion des troubles mentaux après la soixantaine correspond à des psychoses curables. Le traitement peut même agir rapidement, comme le montrent les observations rapportées. Il ne faut pas prendre pour de l'affaiblissement intellectuel, l'élément confusionnel qui teinte souvent les psychoses du vieillard. Un bilan psychique et organique complet permet d'éviter des erreurs. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Divagations sur la médecine psychosomatique, par le professeur M. Roch (de Genève). (*Médecine et hygiène*, Genève, n° 228 bis, 19 octobre 1952, p. 417-419).

Sous une forme parfois humoristique, l'auteur rappelle quelques antécédents historiques de la médecine psycho-somatique depuis l'antiquité jusqu'aux travaux de Déjerine, Babinski, Bernheim et Dubois. Il montre les conditions d'apparition des conceptions actuelles comme réaction contre une spécialisation et un organicisme excessifs, et comme conséquence de la psychanalyse. En conclusion, il rappelle que la séparation est parfois très difficile des symptômes symboliques de ceux qui sont simplement causés par un facteur émotif, que les causes psychiques provoquent souvent des déviations fonctionnelles trompeuses, que celles-ci s'accompagnent de lésions organiques réversibles ou permanentes.

V.-J. Durand.

La médecine psychosomatique, par Ed. Jéquier Doge (de Lausanne). (*Gesundheit und Wohlfahrt. Revue suisse d'hygiène*, 32e année, n° 10, octobre 1952, p. 573-590).

L'auteur, en qualité d'interniste, montre l'intérêt de la conception de la médecine psycho-somatique, mais il en précise aussi les limites et en indique les excès possibles. A l'aide de quelques observations personnelles et se basant sur une étude soigneuse de la personnalité, il décrit l'attitude raisonnable que le médecin doit adopter en face de son malade pour le connaître et le

soulager. De même, sont suggérées diverses améliorations dans l'enseignement de la médecine.

V.-J. Durand.

La médecine psycho-somatique en U. R. S. S. — II. Les fondements théoriques, par Ch Brisset et V. Gachkel. (*La Presse médicale*, n° 83, 29 décembre 1951, p. 1806-1808).

Après avoir défini la médecine psychosomatique, les auteurs étudient l'apport expérimental et théorique de l'école russe. La pathologie cortico-viscérale apparaît comme le développement des travaux de Pavlov. Sont successivement envisagés, le rôle du cortex sur les viscères et l'action des viscères sur le cortex. D'un point de vue général sont considérés ensuite le rôle du cortex dans la pathologie viscérale, les relations cortico-sous-corticales, la pathologie cortico-viscérale. Les auteurs adoptent une position pratique qui leur paraît permettre de dépasser les vieilles querelles sur les termes antithétiques : organique et fonctionnel. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Incidence des facteurs psychosomatiques sur la pathologie cardio-vasculaire, par Th. Mine. (*Le bulletin médical*, n° 21, 1er novembre 1952, p. 425-432).

L'auteur étudie successivement, en rapportant brièvement quelques observations, les circonstances étiologiques, les aspects cliniques de la névrose d'angoisse sur le cœur sain, le cœur malade et l'hypertension artérielle. Les problèmes diagnostiques, pathogéniques et thérapeutiques sont rappelés, avec application particulière des conceptions de Pavlov. Une phrase de ce dernier termine le travail. « Une étape importante de la pensée humaine approche, où le physiologique et le psychologique, l'objectif et le subjectif fusionneront réellement, où la contradiction pénible, où l'opposition de ma conscience à mon corps sera résolue en fait ou disparaîtra par voie naturelle. »

V.-J. Durand.

Etude psychosomatique de la cystalgie à urines claires, par Pierre Aboulker et L. Chertok (de Paris). (*La Presse médicale*, 25 octobre 1952).

D'une étude portant sur 30 malades atteintes de cystalgie à urines claires, les auteurs ont conclu que le symptôme urologique a une signification psychologique expressive de l'ensemble de la personnalité et signalé les corrélations entre les poussées de cystalgie et des situations conflictuelles. S'attachant à élucider les possibilités psychothérapiques, ils sont arrivés à la conclusion qu'elles sont plus actives que les médications urologiques nombreuses qui fixent les troubles. Si ceux-ci sont majorés par des opérations, ils peuvent aboutir à la *chronicité* et à l'invalidité définitive.

Etude faite en équipe, qui tente de montrer l'utilité d'une psychiatrie de liaison permettant d'élargir le problème urologique et, par là, de diminuer le nombre de malades chroniques qui encombrent souvent les consultations spécialisées.

L. R.

NEUROLOGIE

Les neurones d'association intra- et inter-hémisphériques, par André-Thomas. (*Presse médicale*, t. 61, n° 10, 14 février 1953, p. 193-194).

L'auteur décrit une série de cinq épreuves permettant de révéler l'existence d'un trouble dans les associations optico-motrices et sensitivo-motrices de l'hémisphère gauche (1re, 2e, 4e et 5e épreuves) et dans les liaisons inter-hémisphériques par le corps calleux (3e épreuve). L'emploi de ces épreuves peut se montrer très utile pour le diagnostic neurologique. Chez le nourrisson, l'épreuve calleuse est seule possible. Des exemples concluants sont rapportés.

V.-J. Durand.

Les bradycinésies à la naissance et dans le premier mois, par H. Baruk, B. Leroy, Mossert et Vallancien. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 20 janvier 1953).

Les auteurs étudient, au moyen de films, les mouvements très complexes que l'on observe chez le nouveau-né, mouvements encore incomplètement étudiés. Ils rapprochent ces mouvements des bradycinésies décrites par Pierre Marie et Mlle Léry.

L. R.

Le symptôme de décharge électrique (le symptôme de Lhermitte) provoqué par la rétroflexion de la tête, par Zv. Susic et S. Dogar (Yougoslavie). (*L'encéphale*, tome 42, n° 1, 1953, p. 33-42).

A côté du symptôme de Lhermitte : symptôme de décharge électrique provoqué par la flexion de la tête, les auteurs décrivent le phénomène identique obtenu par la rétro-flexion de la tête. L'interprétation pathogénique serait semblable. Les deux signes peuvent apparaître isolément ou s'associer. Quatre observations sont rapportées, trois de hernies discales cervicales, une de myélopathie traumatique. Les auteurs concluent que ce symptôme mérite de prendre place dans la sémiologie neurologique.

V.-J. Durand.

Le tremblement d'attitude, par Michel Bonduelle (de Paris). (*La Presse médicale*, 18 mars 1953).

L'auteur décrit un type de tremblement, fréquent quoique exceptionnellement signalé comme une entité particulière, le *tremblement d'attitude* (plus exactement du maintien volontaire de l'attitude) dont les caractéristiques sont : absence de tout mouvement anormal dans le relâchement musculaire quelle que soit la position passive donnée au membre ; absence d'irrégularité du mouvement volontaire lorsque celui-ci est rapide ; apparition du tremblement dans le maintien volontaire de l'attitude avec comme attitude préférentielle doigt sur le nez ou opposition des index et mains levées avec coudes à hauteur des épaules ; atteinte élective du membre supérieur et pré-

dominance à l'extrémité distale. La description de ce *type élémentaire* permet une classification purement séméiologique des tremblements.

Les formes les plus pures de tremblement d'attitude sont données par le « tremblement essentiel » (hérédo-familial ou sporadique ; juvénile, sénile ou présénile). Il s'observe dans de nombreuses affections, pur ou comme composante dominante du mouvement anormal (dégénération hépato-lenticulaire, syndromes pédonculaires, certaines intoxications...). Dans la sclérose en plaques, la règle est l'association du tremblement cinétique et d'attitude, aspect composite qui propose immédiatement à l'esprit le terme de tremblement intentionnel.

Si, du point de vue anatomo-physiologique, il est séduisant de penser que chaque type de tremblement correspond à la lésion isolée ou élective de telle formation particulière du système extrapyramidal, aucune constatation anatomique ne permet de l'affirmer.

L. R.

Emploi de l'amytal sodique pour le diagnostic des maladies cérébrales, par E. A. Weinstein, R. L. Kahn, L. A. Sugarman et L. Linn. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 12, juin 1953, p. 889).

Sur 88 sujets atteints d'une maladie organique cérébrale nettement prouvée et qui ne manifestaient aucun trouble du comportement, l'injection intraveineuse d'amytal sodique produisit des troubles consistant en la désorientation dans le temps et dans l'espace, en la négation de leur état morbide. Aucun de ces phénomènes ne fut observé chez 50 sujets pris comme contrôle. Les troubles furent moins accusés chez les sujets dont les processus cérébraux étaient lentement progressifs ou stationnaires ; ils furent particulièrement accusés dans les cas de tumeur de la région du troisième ventricule. Le procédé ne peut servir à différencier les accès épileptiques des accès hystériques.

L. Marchand.

Le tétanos en milieu urbain. Conditions d'apparition. Déductions prophylactiques, par J. Boyer, L. Corre-Hurst, H. Sapin-Jaloustre et M. Tissier (de Paris). (*La Presse médicale*, 16 mai 1953).

Résultats d'une étude sur le tétanos dans le département de la Seine au cours des neuf dernières années (279 cas). Les infections par plaies sont les plus fréquentes, même en milieu urbain. Toutefois, comme, en présence d'un blessé grave, les mesures prophylactiques sont prises, les cas observés sont généralement secondaires à des traumatismes minimes. Les tétanos *post abortum* restent fréquents ; les tétanos post-opératoires, et ceux consécutifs aux injections septiques, ne sont pas rares.

Les auteurs soulignent la nécessité de pratiquer la séro-prévention le jour même du traumatisme : au lieu d'injecter seulement du sérum, il faut instituer la séro-vaccination. Dans dix cas, les tétaniques avaient déclaré avoir été vaccinés, mais l'enquête a montré que la vaccination avait été trop ancienne ou incomplète. Le tétanos diminuerait très nettement de fréquence si les sujets correctement vaccinés recevaient tous les trois ou quatre ans une injection de rappel.

L. R.

Analyse du nystagmus congénital par la méthode électro-nystagmographique (E. N. G.), par A. Franceschetti, M. Monnier et P. Dieterle (de Genève). (*Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften*, vol. 8, fasc. 5-6, novembre 1952, p. 403-412).

Les auteurs ont étudié, dans des cas de nystagmus congénital horizontal, les variations de l'électronystagmogramme pour les différentes positions de l'œil, non seulement pour l'œil conducteur, mais aussi pour le nystagmus consensuel de l'œil fermé. Parfois, les deux yeux se comportent de même pour la position de l'œil où le nystagmus est minimum. D'autres fois, cette position varie selon l'œil fixateur. Il y a alors strabisme plus ou moins accentué. Neuf figures.

V.-J. Durand.

Principes d'électro-oculographie et d'électronystagmographie chez l'homme, par M Monnier (de Genève). (*Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften*, vol. 8, fasc. 5-6, novembre 1952, p. 413-425).

L'auteur a perfectionné la méthode d'électro-oculographie et d'électronystagmographie utilisée par lui à des fins cliniques. La méthode électro-oculographique (E.O.G.) permet d'analyser, par des dérivations bipolaires, péri-oculaires, tous les mouvements de l'œil. Ils engendrent, en effet, une déflexion caractéristique par sa direction et son voltage. Grâce à la technique électro-nystagmographique (E.N.G.), on peut étudier le nystagmus de chaque œil et enregistrer le nystagmus vestibulaire. Sept figures.

V.-J. Durand.

Un dispositif d'emploi aisé en otologie quotidienne pour l'observation et l'enregistrement du nystagmus provoqué, par Roger Escat. (*Bull. de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse*, séance du 14 décembre 1953).

Présentation d'un appareil robuste et de maniement facile, sans désagrément pour le malade, qui permet de recueillir la trace du nystagmus, rotatoire, calorique, etc. Il s'agit d'un casque porteur d'un dispositif d'enregistrement des mouvements de la cornée à travers les paupières, le transformant en ondes radio-magnétiques transmises à distance à un récepteur indépendant.

L. Gayral.

Exophtalmie variable chez un enfant, par J. Géraud et L. Ribaut. (*Bull. de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse*, séance du 14 décembre 1953).

Enfant de 4 ans, apparition spontanée d'exophtalmie de l'œil droit par l'effort et la compression jugulaire au cou, pulsatile, considérable. Tout disparaît dès qu'on relâche l'effort ou la compression. Radiographies et artério-

graphie carotidiennes normales. On ne peut mettre en évidence ni malformation du toit orbitaire avec méningocèle, ni malformation vasculaire.

L. Gayral.

Les complications neurologiques des ictères néonataux non liés à la maladie hémolytique, par C. Koupernik et S. Behot. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 17 juin 1952).

Dix observations cliniques d'ictères néo-nataux non liés à la maladie hémolytique et ne pouvant être considérés comme physiologiques, ayant laissé des séquelles neurologiques, la plupart extra-pyramidales. Discutant le mécanisme pathogénique, les auteurs estiment que l'infection ne paraît pas devoir être retenue et que le terme de méningo-encéphalite est sujet à caution.

L. R.

Neuro-uvéite bilatérale avec réaction méningée et alopécie. Maladie de Harada probable, par G. Oger, Bouchel et Mas (de Casablanca). (*Maroc médical*, mars 1954).

Observation, chez une musulmane de 25 ans, d'une neuro-uvéite bilatérale récidivante avec hypotonie considérable semblable à celle d'un décollement choroïdien (témoin peut-être d'un décollement rétinien passé inaperçu du fait du trouble extrême des milieux), associée à des troubles généraux et neurologiques (atteinte méningée et du VIII) et alopécie, ayant évolué pendant presque dix mois avec plusieurs poussées évolutives malgré les différents traitements. Les auteurs classent cette observation dans le cadre du syndrome de Harada, affection à virus observée en Extrême-Orient. Ils soulignent qu'elle semble être le premier cas de syndrome de Harada observé au Maroc et le premier cas publié chez une femme enceinte (la grossesse eut un cours normal avec naissance à terme d'un enfant normal sans lésions viscérales, nerveuses ni oculaires).

R. C.

Hépatites ictérigènes associées à des syndromes neurologiques. Rôle du virus poliomyélitique, par J. Sterne (de Casablanca). (*La Presse médicale*, 9 mai 1953).

Cinq observations d'atteintes neurologiques associées à une hépatite épidémique : syndrome de la queue de cheval, polynévrite des membres inférieurs, paralysie faciale, paraplégie flasque, paralysie avec séquelles amyotrophiques du bras. Sur trois des cas où la recherche a pu être faite, deux fois un virus poliomyélitique vrai, transmissible en série et donnant les réactions d'immunité et de protection avec des souches de laboratoire connues, a pu être retrouvé dans les selles. Cela, pour la première fois, dans la littérature médicale.

Bibliographie des manifestation neurotropes de l'hépatite épidémique. Discussion du rôle du virus poliomyélitique, dans ces cinq cas.

L. R.

Thalassémie et syndrome neuro-hémolytique, par Ch. Sarrouy, R. Cabannes, L. Sendra et P. Zevaco. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 9 mai 1952).

Observation de deux jumeaux indigènes musulmans algériens qui illustre les syndromes hémopathiques et neurologiques hérédo-familiaux. Les auteurs insistent sur la fréquence de la thalassémie en Afrique Noire Française et sur la concomitance de ces désordres hémopathiques avec des manifestations neurologiques.

L. R.

Thalassémie et syndromes neuro-hémolytiques, par A. Portier, Mlle S. Natter, H. Garre et J. Massonnat (d'Alger). (*La Presse médicale*, 14 mai 1952).

Les auteurs rassemblent les observations connues et leurs cas personnels de thalassémie dans lesquels un syndrome neurologique ou des troubles psychiques sont associés à l'anémie méditerranéenne ou alternent avec elle dans une même famille. L'étude électro-encéphalographique et pneumo-encéphalographique montre en outre qu'il peut exister assez souvent au cours de la thalassémie, en dehors de toute anomalie neuro-psychique cliniquement décelable, des altérations cérébrales révélées par des modifications des tracés et des images d'atrophie cérébrale localisée ou diffuse.

Ces faits confirment la réalité des syndromes neuro-hémolytiques (Sarrouy et Portier) et suggèrent de nouvelles hypothèses pathogéniques qui rapprochent les maladies hémolytiques congénitales de la maladie de Biermer et des dégénérescences hépato-striées. Les auteurs soupçonnent une tare génétique commune à l'origine de ces maladies apparemment distinctes, sous forme d'une dyshépatie de la période hématopoïétique embryonnaire génératrice d'altérations hématiques et nerveuses. Par contre, les complications neurologiques des anémies hémolytiques acquises, vraisemblablement dues à un conflit antigène-anticorps à la fois nerveux et hématique, paraissent nettement distinctes des syndromes neuro-hémolytiques hérédo-familiaux et sont plus proches de l'ictère nucléaire du nouveau-né.

L. R.

Les manifestations neurologiques au cours des hépatites à virus, par Roger Pluvinage. (*Le monde médical*, n° 977, septembre-octobre 1952, p. 132-138).

Les hépatites à virus peuvent s'accompagner, avec une fréquence variable, de signes nerveux : méningés, en foyer, psychiques, au niveau des nerfs craniens, surtout au niveau des nerfs rachidiens. Les formes évolutives sont diverses ; dans l'ensemble, le pronostic est d'autant plus sérieux que l'apparition des troubles nerveux est plus tardive. L'anatomie pathologique rend encore imparfaitement compte de la symptomatologie. La discrétion des lésions contraste avec la gravité de l'affection. La pathogénie est encore discutée, on a invoqué le rôle direct du virus, la possibilité d'un virus de sortie, la théorie allergique, le rôle des lésions hépatiques. Il est très difficile de savoir quelles sont les formes répondant à une atteinte directe par le virus et celles dépendant des troubles métaboliques à point de départ hépatique.

V.-J. Durand.

Algies cranio-faciales et sinusite, par J.-J. Debain (de Paris). (*La Presse médicale*, 31 janvier 1953).

Trois observations de sinusite maxillaire chronique latente, révélée uniquement : dans la première par une névralgie faciale d'allure essentielle du maxillaire supérieur et maxillaire inférieur ; dans la deuxième par une névralgie d'allure secondaire dans le domaine de l'ophtalmique ; dans la troisième par une algie vasculaire de la temporale et de la méningée moyenne.

Observation de céphalée d'origine nasale, dont la réalité est prouvée par l'effet d'une intervention en deux temps.

L. R.

Coma par piqûre d'abeille, par A. Guérin (d'Angoulême). (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Bordeaux*, séance du 21 octobre 1952).

Coma profond déclenché dix minutes après une piqûre d'abeille au cou. Après des malaises lipothymiques, une crise diarrhéique, des frissons, coma très alarmant caractérisé par : respiration stertoreuse, un œdème général de la face, du cou, des muqueuses buccales avec hypersalivation ; abolition des réflexes tendineux, cutanés, pupillaires et cornéens et hypotonie musculaire généralisée ; envahissement pulmonaire bilatéral par des râles sibilants et sous-crépitants ; pouls mou et très rapide ; hypotension à 12/8 ; parfois hoquet.

Une injection sous-cutanée de phénergan cinq minutes après l'apparition du coma, puis de surparine et de lobéline, a permis une régression rapide des phénomènes alarmants (3/4 d'heure après, la malade parlait), disparition progressive des manifestations œdémateuses locales et générales.

Il semble que la thérapeutique antihistaminique ait été particulièrement fructueuse et logique. A noter que la malade avait présenté sept ans auparavant une crise asphyxique avec diarrhée, bien moins violente, à la suite d'une piqûre d'hyménoptère.

L. R.

Aspects neurologiques de l'intoxication professionnelle par le manganèse, par G. Boyer et G. Rodier (de Rabat). (*Revue neurologique*, 1954, 1er semestre, n° 1).

De l'examen de 21 observations personnelles de manganisme chronique professionnel au service de toxicologie de l'Institut d'hygiène du Maroc, les auteurs concluent que l'exposition prolongée au manganèse et spécialement aux poussières fines de manganèse détermine une atteinte toxique, disséminée, diffuse, de l'axe nerveux, à laquelle participent le cortex cérébral et le système nerveux extra-pyramidal. Affection qui s'apparente au syndrome wilsonien dont elle possède la majeure partie des signes cliniques et des désordres métaboliques. Evolution souvent inexorable, parfois susceptible de régressions si le malade est soustrait précocement au contact toxique.

Les auteurs insistent sur l'importance d'un dépistage précoce et méthodique et sur l'utilité de la collaboration prophylactique du médecin et de l'ingénieur (5 figures).

L. R.

Etudes sur la neurocysticercose. (Estudios sobre neurocisticercosis), par J.-O. Trelles, E. Roca et R. Ravens. *(Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 15 n° 1, mars 1952, p. 1-35).

Se basant sur huit cas anatomiques et quinze cas opératoires avec biopsie, les auteurs ont étudié particulièrement la structure de la membrane vésiculaire du *cysticercus cellulosæ*. On trouve l'existence d'une couche ciliaire externe et de diverses formations canaliculaires faisant apparaître la fonction nutritive de la membrane et son rôle essentiel dans le pouvoir pathogène du parasite. Cette structure différenciée de la membrane expliquerait sa prolifération désordonnée, cause de malignité. 36 figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

L'encéphalite aiguë non suppurée otogène, par M. Piquet (de Lille). (*Bull de l'Académie nationale de médecine*, séance du 14 avril 1953).

Affection caractérisée par un syndrome de compression cérébrale simulant l'abcès encéphalique, mais sans suppuration cérébrale ni hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien. Survenant chez des sujets porteurs d'une otite toujours compliquée de mastoïdite, elle évolue, en général, favorablement, en huit à dix jours, aussi est-il inutile d'envisager un autre traitement que celui du foyer osseux. Les lésions sont constituées par de la nécrose consécutive à la thrombose de petits vaisseaux pie-mériens, par des hémorragies sans doute d'ordre vaso-moteur et surtout par de l'œdème que l'on peut sans doute rattacher à l'atteinte du centre hypothalamique signalé par Cl. Vincent et dont le simple attouchement provoque l'œdème cérébral.

L. R.

L'encéphalite neuro-végétative oxycarbonée, par P. Kissel, Montlibert, Barbier et G. Arnould. (*Bull. de la Société de médecine de Nancy*, séance du 28 mai 1952).

Observations de trois sujets qui, après un bref coma oxycarboné et un intervalle libre de trois jours, présentèrent divers syndromes neurologiques d'installation rapide, fugaces, apparaissant par poussées successives, curables. S'appuyant sur des arguments cliniques, anatomiques, expérimentaux, électro-encéphalographiques, les auteurs estiment que les manifestations nerveuses de l'intoxication oxycarbonée sont dues à un dérèglement fondamental de la vaso-motricité cérébrale.

L. R.

Contribution à l'étude électroencéphalograpique des encéphalites. (Contributo allo studio elettro encefalografico delle encefaliti), par I. Sanguineti et A. Guareschi (de Milan). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 13e année, fasc. 6, décembre 1952, p. 549-583).

Les altérations électro-encéphalographiques des encéphalites peuvent se résumer en ralentissements paroxystiques de deux ou trois cycles-seconde, à voltage très élevé (70-200 microvolts), sur un rythme de base de cinq à sept cycles-seconde. Dans les cas également graves, la fréquence du rythme de base est encore plus réduite. La tendance à la périodicité des complexes

d'ondes lentes, leur apparition dans toutes les dérivations constituent des caractères communs. Il y a généralement corrélation entre la gravité clinique et l'importance des anomalies des tracés. L'apparition de complexes périodiques d'ondes lentes de haut voltage s'observe particulièrement dans l'encéphalite subaiguë. Cinq observations sont rapportées avec les électro-encéphalogrammes correspondants pris à diverses phases de l'évolution. Cinq enregistrements d'autres auteurs sont reproduits. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Les manifestations neurologiques de la maladie de Vaquez, par Th. ALAJOUANINE, G. BOUDIN, R. ANDRÉ et H. GOUDAL. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 9 mai 1952).

Considérations cliniques et physiopathologiques sur les manifestations nerveuses de la maladie de Vaquez à propos de six observations personnelles. Les auteurs ont observé des hémiplégies, des mouvements involontaires, des crises convulsives. Ils insistent sur l'aspect particulier que peuvent prendre ces hémiplégies, leur début progressif, leur variabilité, leur régression parfois complète sous l'influence du traitement de la polyglobulie, la fréquence des troubles de la sensibilité profonde, qui traduit peut-être une plus grande fragilité de ces voies devant l'anoxie et sur l'aspect tonique, moniliforme, en chapelet, des artères radiales, fait très particulier dont ils apportent une hypothèse pathogénique. Du point de vue physio-pathologique, ils pensent que le facteur principal est la stase, le ralentissement de la vitesse circulatoire et la perturbation des échanges qui en résulte au niveau de la cellule nerveuse, aboutissant à une anoxie post-stase ; les lésions vasculaires associées, athérome, hypertension artérielle constituant un facteur aggravant très important.

L. R.

Formes neurologiques de l'infarctus du myocarde. A propos de 3 observations nouvelles, par J. WARTER, R. MOISE, R. HAUSWALD et M. SIMLER. (*Bull. de la Société de médecine de Strasbourg*, séance du 29 novembre 1952).

Ces trois observations nouvelles réalisent chacune un type particulier de manifestations neurologiques dues directement à un infarctus du myocarde. Dans la première : crise vestibulaire grave rappelant le vertige de Ménière. Dans une autre : au début, tableau de myasthénie sévère, puis hémiplégie dominant la scène. Dans la dernière, où une hémiplégie droite d'allure banale représentait toute la symptomatologie, l'infarctus du myocarde fut découvert à l'autopsie. Considérations générales sur l'aspect neurologique des infarctus du myocarde.

L. R.

Un cas d'hémiplégie droite avec aphasie au cours de la grossesse, par A. CHARBONNEL et M. LERAT. (*Bull. de la Société de gynécologie et d'obstétrique de l'Ouest*, séance du 15 mars 1953).

Malade âgée de 26 ans. Au cours d'une première grossesse, fait un syndrome d'éclampsisme grave (hypertension 23-17, albumine 13 gr.), expulsion

d'un fœtus mort macéré de 4 mois 1/2. L'année suivante, au cours de sa 2e grossesse, au 5e mois, apparition brutale d'une hémiplégie droite avec aphasie — sans hypertension ni albumine — qui régresse en quelques jours sans aucune séquelle. Accouchement normal à terme.

Les auteurs concluent de cette observation que, chez la femme enceinte, la souffrance de l'hypothalamus peut faire apparaître des phénomènes concomitants souvent rattachés les uns aux autres mais qui, en réalité, ne se commandent pas.

L. R.

Hemiplégies dans les cardiopathies. (Hemiplejias en cardiopatias), par S.-D. Rœdenbeck et R. Bermejo. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 15, n° 1, mars 1952, p. 36-65).

Cette étude porte sur 24 malades. Les embolies furent plus fréquentes chez l'adulte jeune, par cardite rhumatismale, et chez les sujets au-dessus de 50 ans par infarctus du myocarde. La fréquence fut moindre chez le vieillard, exceptionnelle chez l'enfant. Dans l'ensemble, l'évolution fut favorable. Il s'agissait essentiellement, au point de vue topographique, d'une atteinte de petites branches de l'artère sylvienne. L'hémiplégie était surtout à type facio-brachial, presque aussi souvent gauche que droite. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Glomérulo-néphrite aiguë hématurique survenue au décours d'un œdème cérébral chez un enfant porteur d'une otite aiguë, par J. Euzière, R. Lafon, H. Latour, R. Labauge, J. Roujon et J. Camps. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 23 mai 1952).

Le syndrome d'hypertension intracranienne, apparu au cours d'otite et accompagné d'une focalisation électrique précise, faisait suspecter l'éventualité d'une formation anatomique et posait un problème de diagnostic difficile.

L. R.

Les génoneurodermatoses, par P. Kissel, J. Beurey et J. Barbier (de Nancy) (*La Presse médicale*, 31 mai 1952).

L'étude de la neurofibromatose, de la sclérose tubéreuse, des angiomatoses neuro-cutanées, affections dysembryoplasiques que les auteurs groupent sous le terme de « génoneurodermatoses », est rendue difficile par suite de l'existence de formes incomplètes, frustes, ou même inapparentes, susceptibles, comme les formes manifestes, de transmettre la tare.

Dans les recherches coordonnées concernant les génoneurodermatoses, l'examen électro-encéphalographique présente un très grand intérêt : 1° pour les maladies déjà connues, l'électro-encéphalogramme décèle des localisations nerveuses, infra-cliniques ; 2° l'électro-encéphalogramme a permis de découvrir de nouvelles génoneurodermatoses : l'épidermolyse bulleuse dystrophique, l'ichtyose congénitale, les anonychies et syndactylies familiales ; 3° une notion nouvelle a été apportée par l'électro-encéphalogramme concernant la

génétique des neurodermatoses. Permettant de faire figurer, dans les tableaux généalogiques les formes nerveuses infracliniques qu'il décèle, l'électro-encéphalogramme modifie les notions classiques sur le mode de transmission de ces affections hérédo-familiales.

L. R.

L'acropathie ulcéro-mutilante, par J. Dereux (de Lille). (*Bull de l'Académie nationale de médecine*, séance du 28 octobre 1952).

Trois nouvelles observations de cette affection chez des sujets de sexe masculin, âgés respectivement de 42, 43 et 46 ans : il s'agissait d'une forme sporadique ayant débuté quelques années plus tôt. L'auteur réunit dans un même groupe les cas isolés type Guillain-Dubois et les cas familiaux type Thévenard. Il émet l'hypothèse qu'il s'agit de manifestations de l'état dysraphique, sur lesquelles se greffent des lésions du sympathique.

L. R.

Sur le caractère héréditaire de la myopathie lipo-fibro-calcaire. (Sulla ereditarieta della Miopatia lipo-fibro-calcareo), par Wando Gragnani (de Pistoïe). (*Il cervello*, 28e année, n° 6, 15 novembre 1952, p. 449-455).

On trouve généralement dans la famille des malades atteints de myopathie lipo-fibro-calcaire une tare neuro-psychopathique. Le mode de transmission a été discuté. Dans le présent travail, à propos d'une observation personnelle, l'auteur pencherait pour une hérédité à type récessif.

V.-J. Durand.

Dégénérescence maculaire et épilepsie photomotrice, par G.-E. Jayle, A.-C. Ourgaud, J. Boudouresque, Camo et Boyer. (*Bull. de la Société d'ophtalmologie de Paris*, séance du 21 février 1953).

Fratrie de cinq frères et sœurs dont les parents étaient cousins germains et issus de cousins germains. Deux sœurs sont atteintes d'un syndrome de Bardet-Biedl, avec rétinite pigmentaire dans un cas et dégénérescence fovéale dans l'autre. Un frère présente une dégénérescence maculaire unilatérale isolée. Des électro-encéphalogrammes ont été pratiqués chez tous ces enfants et montrent des troubles très nets dans les trois cas où il y a atteinte oculaire. L'un de ces enfants réagit, en particulier, par une épilepsie photomotrice.

L. R.

L'épilepsie post-typhoïdique, à propos d'un cas, séméiologiquement et électrologiquement localisé, traité avec succès par la neurochirurgie, par J.-A. Chavany, G. Lobel et D. Hagenmuller. (*La Presse médicale*, 25 mars 1953).

Dans un cas d'épilepsie temporale post-typhoïdique, les auteurs ont pu, grâce aux techniques modernes du traitement de l'épilepsie, pratiquer *in vivo* une étude biologique complète du point de vue électro-encéphalographique et histopathologique. L'aspect macroscopique de la lésion, qui en

imposait pour une tumeur maligne à son début, a conduit à une lobectomie temporale droite totale, geste opératoire élargi qui paraît avoir été couronné d'un succès durable.

L. R.

Etude comparée du seuil épileptogène dans deux cas de tétanie, par Th. Alajouanine, T. Nick et F. Cantamin. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 27 février 1952).

Utilisation de l'épitest de Rémond et Gastaut combinant la stimulation chimique et la stimulation lumineuse dans deux cas de tétanie authentifiés par leur formule électrique et électromyographique. Le premier cas est une tétanie typique mais normacalcique, l'électro-encéphalogramme et l'épitest sont rigoureusement normaux. Le deuxième cas est cliniquement trompeur, mais comporte un syndrome clinique et humoral d'allure parathyroïdoprive (calcifications cérébrales et hyperphosphorémie, cataracte endocrinienne, hypocalcémie), l'électro-encéphalogramme est anormal et l'épitest révèle un seuil épileptique franchement abaissé. Le traitement réduit immédiatement les anomalies cliniques humorales et électro-encéphalographiques et ramène à la normale le seuil épileptique. Les auteurs insistent sur l'intérêt de l'emploi dans la tétanie d'une méthode précise de mesure du seuil épileptique.

L. R.

Hémiparkinsonisme après électrocution, par C. I. Urechia, Lungu et Duma (de Cluj). (*Archives internationales de neurologie*, 71e année, n° 5, mai 1952, p. 80-84).

Après discussion des cas antérieurs, les auteurs rapportent l'observation d'un malade électrocuté au niveau de la main et du pied gauches et qui, trois semaines plus tard, présenta un hémiparkinsonisme homolatéral, accompagné d'une atrophie musculaire modérée. Les divers problèmes posés par ce cas ne sont pas encore pleinement résolus.

V.-J. Durand.

Syndrome parkinsonien et atrophie cérébrale diffuse, par Paul Nayrac, Pierre Graux et André Lorrain. (*Bull. de la Société de médecine du Nord*, séance du 27 février 1953).

Chez une femme de 44 ans présentant un syndrome parkinsonien probablement post-encéphalique, une encéphalographie gazeuse met en évidence une atrophie cérébrale diffuse se révélant non seulement par une dilatation des ventricules, mais aussi par une atrophie notable du cortex cérébral.

L. R.

Le traumatisme cranio-encephalique aigu fermé de l'adulte. (El traumatismo encéfalo-craneano agudo cerrado del adulto), par Alfonso Asenjo (de Santiago du Chili). (*Revista latino-americana de psiquiatria*, 1re année, n° 4, juillet 1952, p. 17-32).

L'auteur reprend la question en se basant à la fois sur la littérature mondiale et sur l'étude de 1.228 observations personnelles. Mécanisme, effets

chimiques, troubles histologiques, perte de connaissance, étapes cliniques, considérations symptomatologiques et diagnostiques, traitement, sont successivement décrits. Puis sont envisagées les complications et surtout les séquelles ainsi que les éléments du pronostic. En terminant, l'auteur écrit : « L'étude et le traitement des lésions traumatiques du système nerveux central doivent être laissés aux mains de ceux qui ont les éléments de laboratoire et l'expérience suffisante pour pouvoir apprécier ces phénomènes de manière intégrale. »

V.-J. Durand.

Les hématomes sous-duraux à symptomatologie frontale, par D. Petit-Dutaillis, R. Messimy, J. Pecker et P. Namin (de Paris). (*La Presse médicale*, 1er avril 1953).

Trois nouvelles observations d'hématome sous-dural qui, par leur étiologie et leur aspect clinique, constituent une variété bien individualisée. Par leur étiologie : hématomes spontanés ou succédant à un traumatisme minime survenant chez le sujet âgé (rôle du collapsus cérébral primitif, antérieur à l'hématome). Par leur aspect clinique : malades présentant un syndrome frontal ou fronto-calleux, souvent plus complet que celui des tumeurs, souvent plus variable que celui-ci d'un jour à l'autre.

Le diagnostic d'hématome sous-dural ne peut être que soupçonné cliniquement. Si l'électro-encéphalogramme est rarement capable de trancher un diagnostic hésitant, les méthodes radiologiques : artériographie ou ventriculographie, le permettent toujours. Evolution post-opératoire entachée d'un facteur de réelle gravité : persistance ou récidive du collapsus cérébral, collapsus non par cause mécanique, mais par trouble profond du métabolisme cellulaire.

Soulignant le parallélisme évolutif entre les signes cliniques et l'intensité du collapsus, les auteurs voient dans ce dernier un facteur de libération des noyaux gris centraux rendant compte de la symptomatologie frontale.

L. R.

Troubles de la fonction oculo-motrice accompagnant l'hémorragie extradurale. (Disturbances of oculo-motor function accompanying extradural haemorrage), par S. Sunderland et K. C. Bradley (de Melbourne). (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 16, nº 1, février 1953, p 35-46).

L'étude anatomique faite par les auteurs leur a montré que les troubles de la fonction oculo-motrice accompagnant l'hémorragie extradurale sont dus à la déformation du nerf moteur oculaire commun produite par le développement de la hernie tentorielle avec déplacement du cerveau moyen. Le siège de la lésion est le tronc du nerf dans la zone limitée latéralement par le bord de la tente, en avant par le dos de la selle turcique, en arrière par le tronc cérébral. La forme et la dimension des pupilles sont une indication sensible des changements survenant à la base du cerveau. Sept figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Sur le mécanisme pathogénique des lésions cérébrales traumatiques dans la boxe. (Sul meccanismo patogenetico delle lesioni cerebrali traumatiche nel pugilato), par G. La Cava. (*Studi di medicina e chirurgia dello sport*, fasc. 9, septembre 1951, 30 pages).

Le comportement du système cranio-cérébral en face d'un traumatisme est déterminé par les propriétés physiques de ces formations anatomiques et les lois de la dynamique. L'auteur rapporte les moyens d'étude à employer. Le traumatisme peut provoquer dans le cerveau des altérations fonctionnelles, microscopiques et macroscopiques. Dans la boxe, on peut distinguer un knock-out mentonnier, phénomène réflexe, et un knock-out cérébral, de type commotionnel. Ce dernier est un élément de danger immédiat et tardif. Il faut absolument l'éviter. Les gants devraient être améliorés pour permettre la fermeture complète du poing, sans augmenter la surface de frappe et en étant efficacement rembourrés.

V.-J. Durand.

Exophtalmie pulsatile, par L. Calmettes, F. Deodati, Amalric. (*Bull. de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse*, séance du 14 décembre 1953).

Un mois après traumatisme cranien, sans signe radiologique de fracture, apparaissent exophtalmie légère, dilatation des vaisseaux de la conjonctive en tête de méduse, gros souffle systolique à l'auscultation de l'orbite. L'artériographie montre l'imprégnation simultanée du sinus caverneux et de la veine ophtalmique pendant le temps artériel. Bon effet de la ligature de la carotide primitive.

L. Gayral.

Ophtalmoplégie externe complète dans une polyradiculite avec syndrome liquidien de Guillain-Barré. (Komplette Ophtalmoplegia externa bei Polyradiculitis mit Guillain-Barré schem Liquorsyndrom), par H. Petsche (de Vienne). (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, t. 2, n° 4, décembre 1952, p. 226-229).

L'auteur rapporte un cas d'ophtalmoplégie externe complète avec syndrome de polyradiculite de Guillain-Barré chez une femme de 56 ans. L'association d'une telle symptomatologie oculaire avec le syndrome classique périphérique et liquidien apparaît particulièrement rare .Elle témoigne en faveur de l'existence d'un foyer dans la calotte pédonculaire.

V.-J. Durand.

Syndromes neurologiques parcellaires chez des tuberculeux pulmonaires, par Pierre-Bourgeois, Vic Dupont, G. Le Meur, M.-K. Caramian et G. Vallée. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 13 février 1953).

Six observations de tuberculeux pulmonaires chez lesquels sont survenus des syndromes neurologiques parcellaires, apparus, les uns avant tout traitement et avant même le diagnostic de tuberculose, les autres en cours de traitement. Dans tous les cas, absence de signes de méningite tuberculeuse ou d'un syndrome typique de tubercule cérébral. Signes neurologiques, très

polymorphes, parcellaires, généralement régressifs sous l'influence du traitement.

Les auteurs soulignent la fréquence actuelle de tels signes neurologiques, peut-être en rapport avec la modification évolutive apportée à la maladie par la thérapeutique antibiotique. La pathogénie de ces accidents, résolutifs pour la plupart, ne peut, en dehors du contrôle autopsique très rare, que rester dans le domaine de l'hypothèse. Une dissémination hématogène au niveau du névraxe du bacille tuberculeux est très vraisemblable.

L. R.

Sur le syndrome de l'apex pulmonaire avec considération particulière du tableau neurologique. (Sulla sindrome dell' apice polmonare con particolare riguardo al quadro neurologico), par Angelo Della Beffa (de Milan). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 41, fasc. 3, mai-juin 1952, p. 344-366).

Sept observations de syndrome de Pancoast sont rapportées. A leur propos, l'auteur fait une revue générale de la question ; pour lui, ce syndrome ne possède pas une autonomie nosologique véritable. Il traduit seulement l'existence d'un processus pathologique quelconque au sommet du poumon. Les signes neurologiques en faveur de cette localisation sont particulièrement importants. Ils constituent souvent la seule manifestation clinique de la maladie. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Tuberculoses hématogènes avec accidents neurologiques sans méningite, par J. Fouquet et L. Teyssier. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 30 janvier 1953).

Les auteurs rappellent l'importance, au cours d'une miliaire pulmonaire ou d'une tuberculose hématogène, de la recherche des signes de diffusion extra-pulmonaire ; sans parler de la recherche d'une méningite latente, de la présence de tubercules choroïdiens, il faut régulièrement s'attacher au dépistage d'une tuberculose osseuse ou rénale. Il peut, en outre, exister un essaimage du processus granulique dans le système nerveux central, sans qu'il y ait pour cela une méningite. Les auteurs rapportent deux observations cliniques et concluent qu'au cours des tuberculoses hématogènes il y a intérêt à pratiquer plus souvent un examen neurologique particulièrement attentif. Ces localisations nerveuses ne sont peut-être pas exceptionnelles. Elles sont devenues curables depuis les antibiotiques et il est vraisemblable qu'elles sont encore beaucoup plus accessibles à l'isoniazide qu'à la streptomycine et au P.A.S., étant donné sa diffusibilité plus grande.

L. R.

Deux cas de méningite tuberculeuse après intervention chirurgicale sur des foyers tuberculeux, par E. Aubertin, Ch. Dulong de Rosnay, P. Labadie, P. du Pasquier et P. Mullon. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux d Bordeaux*, séance du 7 octobre 1952).

Deux observations d'ensemencement des méninges après intervention chirurgicale sur un foyer tuberculeux. Dans le premier cas, il s'agissait d'une arthrite sacro-iliaque dont la nature tuberculeuse n'avait pas pu être reconnue avant l'intervention. L'autre malade avait subi une exérèse d'adénopathies bacillaires sous couvert de streptomycine.

Les auteurs concluent que, ni les antibiotiques, ni la torpidité des lésions ne peuvent assurer une sécurité absolue et que, lorsqu'on intervient chirurgicalement sur une lésion tuberculeuse, il y a malgré tout un risque à courir.

L. R.

Le film cisternographique des méningites tuberculeuses, par Ed. Benhamou, F. Destaing et M. Timsit (d'Alger). (*La Presse médicale*, 25 décembre 1952).

Par ce film, les auteurs veulent montrer que la cisternographie apparaît de plus en plus comme une technique indispensable, à la fois plus précise et plus inoffensive que l'encéphalographie gazeuse, dans le bilan des explorations majeures (cytologie, albuminorrachie, chlorurorrachie, fond d'œil, électro-encéphalographie) à pratiquer d'emblée chez les malades atteints de méningite tuberculeuse. Elle paraît capable de dépister de bonne heure les altérations basilaires, siège d'élection des lésions tuberculeuses, de suivre la marche de la bulle d'air depuis le cul-de-sac lombo-sacré et les citernes jusqu'aux sillons pré-frontaux, la progression des lésions mécaniques et partant de mieux poser les indications des ponctions lombaires ou sous-occipitales, de la sonde de Cainrs ou des ponctions ventriculaires. Aidés de la clinique, des examens paracliniques et surtout de l'électro-encéphalographie, les cisternogrammes permettent de mieux juger de l'évolution et d'instituer une thérapeutique plus active, plus intensive, plus élective.

L. R.

Séquelles anatomo-cliniques d'une méningite tuberculeuse guérie par la streptomycine, par M. Feld, A. N'Guyen et R. Cahn. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 18 novembre 1952).

Observation d'une fillette de 5 ans 1/2, atteinte de méningo-encéphalite tuberculeuse à 3 ans. Guérison de la méningite par la streptomycine, mais les lésions cérébrales associées ont laissé de graves séquelles : hémiparésie gauche spastique, syndrome psychiatrique de débilité mentale et d'impulsivité hypomaniaque. Ces manifestations résiduelles correspondent à une hydrocéphalie ventriculaire (mise en évidence par la pneumo-encéphalographie) associée à une thrombose de l'artère cérébrale antérieure droite (révélée par l'angiographie carotidienne). L'opacification du réseau carotidien démontre *a posteriori* le rôle de l'artérite cérébrale thrombosante au cours de la méningite tuberculeuse. Syndrome psychiatrique et évolution démentielle : après dix mois d'observation le quotient intellectuel s'abaisse et les troubles du comportement s'aggravent.

L. R.

Méningite suppurée à staphylocoques. Guérison par antibiotiques et streptokinase-streptodornase, par J.-A. Lièvre, J.-M. Verne, H. Bloch-Michel et H. Duchange. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 10 octobre 1952).

Observation d'un homme de 33 ans atteint de syndrome aigu de la queue de cheval, puis de syndrome méningé. Il s'agit vraisemblablement d'une

méningite localisée à staphylocoques. Le pus retiré par ponction lombaire s'éclaircit brusquement, puis se stérilise par le traitement pénicilline-streptokinase-streptodornase. Au cours d'une évolution marquée par des rechutes et divers accidents, on est amené à injecter du lipiodol, qui se dissémine dans un vaste abcès pelvien ; celui-ci finit par guérir après intervention chirurgicale.

Cette observation, unique par certains caractères et d'interprétation difficile, fait discuter la question des méningites cloisonnées et des épidurites suppurées à staphylocoque ; elle confirme une récente observation de Milliez sur la haute valeur de la streptokinase-streptodornase pour lyser le pus et permettre l'attaque du staphylocoque par les antibiotiques.

L. R.

Localisation méningo-encéphalitique d'une septicémie à staphylocoques. Considérations thérapeutiques, intérêt de l'hibernation, par J. Géraud, L. Gleizes et J. Barrere. (*Bull. de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse*, séance du 14 décembre 1953).

Homme de 43 ans. Méningo-encéphalite staphylococcique très grave, nullement améliorée par les antibiotiques à très fortes doses. Cinq jours après le début du traitement, coma profond avec hyperthermie à 41°5, état de mal comitial, tachycardie extrême, respiration de Cheyne-Stokes, stase papillaire bilatérale. Les ponctions lombaire et atlo-occipitale permettent d'aspirer à la seringue quelques gouttes d'un pus très épais, fourmillant d'un staphylocoque résistant à tous les antibiotiques. L'état du malade est désespéré lorsqu'on décide de l'hiberner, sans modifier le traitement général. La température est maintenue entre 33 et 34° pendant sept jours : tous les signes alarmants régressent ; au bout de quatre jours, liquide céphalo-rachidien limpide et stérile. La conscience réapparaît et, lorsqu'on relâche l'hibernation, retour à la normale sans incident. Trois mois après le début de son affection, ce sujet mène à nouveau une vie normale.

L. Gayral.

Méningo-encéphalite curable avec iridocyclite, paralysie faciale et polynévrite fruste ; manifestations probables d'une maladie de Besnier-Bœck, par M. Bergouignan, L. Arne et P. Leman. (*Bull. de la Société médicales des hôpitaux de Bordeaux*, séance du 21 octobre 1952).

Une jeune fille de 23 ans présente successivement, en l'espace de deux ans, une iridocyclite droite, une réaction méningée spontanément réversible, puis une méningo-encéphalite avec névrite optique gauche, paralysie faciale gauche et polynévrite fruste d'un membre inférieur ; le liquide céphalo-rachidien présentait une réaction cyto-albuminique, sans modification du sucre ni des chlorures ; l'inoculation du liquide au cobaye demeura négative ; la cuti-réaction à la tuberculine initialement négative devint positive au décours de la maladie. Il n'existait pas de contexte somatique de maladie de Besnier-Bœck. Les seules séquelles définitives ont été l'uvéite suivie de fonte de l'œil droit, l'atrophie optique gauche et la paralysie faciale gauche. La constellation symptomatique ainsi observée a paru assez évocatrice pour que le diagnostic d'une maladie de Besnier-Bœck à déterminations purement nerveuses ait paru être l'hypothèse la plus acceptable.

L. R.

Recherches sur l'étiologie des méningites dites lymphocytaires à virus observées en France, par R. Sohier, M. et Mme J. Buissière et I. Esser, (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 14 avril 1953).

Sur 164 cas de méningite lymphocytaire, les auteurs ont pu mettre en cause, par la réaction de fixation du complément, vingt et une fois le virus des oreillons et huit fois celui de la chorio-méningite lymphocytaire. D'autre part, sur 91 cas, pour lesquels les deux virus précédents pouvaient être écartés, ils ont réussi à incriminer onze fois les virus poliomyélitique et de coxsackie, dix fois le bacille de Koch, et une fois le leptospire ictéro-hémorragique. Ils ont déterminé, chez des témoins, les taux limites de positivité pouvant être considérés comme significatifs d'une infection ourlienne ou chorio-méningée récente.

L. R.

Encéphalomyélite diffuse et polymorphe avec séquelles de la série cérébelleuse, par R. de Grailly, Blanc, David-Chaussé et Laborie. (*Bull. de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, séance du 20 février 1953).

Observation d'un malade de 45 ans qui a réalisé les signes d'une encéphalomyélite diffuse subaiguë rappelant les formes observées après la guerre de 1914-1919 : céphalée, somnolence, troubles de la vue, fibrillations, hoquet, le tout associé à quelques troubles moteurs et, surtout, à des signes d'atonie cérébelleuse. Après traitement de deux mois environ par l'auréomycine et la septicémine alternées, beaucoup de signes ont régressé ; cure heureusement complétée *per os* et par voie intraveineuse, par le salicylate de soude, dont les effets sont bien connus sur les séquelles et les menaces d'évolution parkinsonienne.

L. R.

Ramollissement calcarinien chez un syphilitique. (Etude clinique et anatomique), par Cl. Gros, Cazaban, J. Cadilhac, B. Vlahovitch et F. Grunberg. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 27 juin 1952).

Un malade de 63 ans, syphilitique, présente, à la suite d'un épisode digestif avec vomissements et enterroragie, des troubles de l'orientation spatiale et une hémianopsie avec alexie et agraphie. L'électro-encéphalogramme montre un foyer d'ondes localisé en occipital gauche. Une intervention neurochirurgicale révèle qu'il s'agit d'un ramollissement localisé à la pointe et à la face interne du lobe occipital. L'examen histologique des fragments prélevés confirme la nature spécifique de l'artérite sténosante en cause. A propos de ce cas, les auteurs soulignent la difficulté d'un diagnostic pré-opératoire entre une tumeur et un ramollissement. Dans cette observation, l'épisode digestif initial suggérait l'éventualité d'une hypertension intracranienne au début, alors qu'il n'était que le témoin d'une artérite mésentérique concomitante à l'artérite encéphalique.

L. R.

Diplégie facio-linguo-vélo-palato-pharyngée d'origine corticale avec épilepsie, par J.-A. Chavany et B. Pertuiset. (*La Presse médicale*, 60, n° 41, 14 juin 1952, p. 888).

Les auteurs rapportent une observation clinique de diplégie facio-linguo-vélo-palato-pharyngée très proche de la diplégie facio-linguo-pharyngo-masticatrice de Charles Foix. Dans le cas présent, il paraît possible d'incriminer une lésion malacique bilatérale et symétrique des deux circonvolutions motrices dans leur partie inférieure operculaire, par atteinte des artères du sillon prérolandique des deux côtés. L'épilepsie partielle notée dans cette observation serait une preuve supplémentaire de l'origine corticale ou tout au moins hémisphérique des lésions causales.

V.-J. Durand.

Syndrome de la cérébrale antérieure, par P. Castaigne, F. Lhermitte, Sanson et Namin. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 22 mai 1953).

Observation de syndrome de la cérébrale antérieure avec oblitération carotidienne et rétablissement de la circulation dans le territoire sylvien par l'intermédiaire de l'artère vertébrale.

L. R.

Un nouveau signe d'inondation ventriculaire. (Un nuovo segno di inondazione ventricolare), par Sandro Sandri (de Modène). (*Rivista di neurologia*, vol. 22, fasc. 3, mai-juin 1952, p. 556-562).

L'auteur décrit un nouveau signe d'inondation ventriculaire marqué par l'apparition de mouvements des membres non paralysés et par une régularisation de la respiration, quand on fléchit fortement la tête chez le sujet paralysé. Ce phénomène n'apparaît pas si l'hémorragie reste localisée au centre ovale ou dans le ventricule latéral et le centre ovale correspondant. Il manque également dans les autres formes de coma. Ce symptôme serait donc caractéristique de l'inondation ventriculaire complète. Le véritable tableau clinique classiquement décrit s'observerait quand le sang épanché gagnerait les espaces leptoméningés par les trous de Magendie et de Luschka.

V.-J. Durand.

Contribution à la connaissance des syndromes vasculaires par ramollissement dans le territoire de la sylvienne profonde. (Contributo alla conoscenza delle sindromi vascolari da rammollimento nell'ambito della silviana profonda), par G. Borghi et E. de Renzi (de Pavie). (*Neurone*, 1re année, vol. 1, n° 1, 1953, p. 32-49).

A propos de trois observations, les auteurs rappellent la description des syndromes vasculaires de l'artère sylvienne. Dans le premier cas, les branches profondes de la sylvienne participaient à la vascularisation d'une partie du thalamus. Des phénomènes fonctionnels collatéraux peuvent entraîner l'extension du ramollissement au delà du territoire vasculaire directement frappé. Certaines discordances avec les données cliniques et anatomiques classiques ont été notées. Six figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Anévrysmes intracraniens (Aneurismi intra cranici), par V. Floris et G. Alema (de Bologne). (*Rivista di neurologia*, vol. 22, 1re partie, janvier-février 1952, p. 103-139)

Après une importante description de la symptomatologie des anévrysmes intracraniens, les auteurs rapportent seize observations personnelles de 1948 à 1951. Deux anévrysmes étaient localisés dans la portion sous-clinoïdienne de la carotide, quatre dans la portion intra-clinoïdienne, quatre dans la portion sus-clinoïdienne, un dans la communicante antérieure, deux dans la communicante postérieure, un sur une branche de la cérébrale antérieure, un au début de la cérébrale postérieure, un appartenait au groupe de la mégadolichocarotide. Les données de l'artériographie, puis les indications thérapeutiques sont ensuite envisagées. 29 figures. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Sur les anévrysmes intracraniens. (Uber intrakranielle Aneurysmen), par H. Dörner-Fanta. (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, t. 2, n° 3, septembre 1952, p. 129-139).

Le présent travail porte sur trente cas d'anévrysmes intracraniens observés de 1940 à 1950. Dans seize cas, il y avait une anomalie congénitale ; dans sept, artériosclérose ; dans deux, traumatisme ; dans un, syphilis. Enfin, quatre fois l'étiologie demeura inconnue. Les difficultés du diagnostic différentiel sont montrées. Les procédés thérapeutiques sont exposés et discutés. Des observations sont rapportées.

V.-J. Durand.

Sur certaines formes mortelles d'hémorragie méningée de cause anévrysmale. La forme hypothalamique. Le rôle du spasme carotidien artériographiquement décelable et l'utilité diagnostique de la ponction lombaire tardive, par J.-A. Chavany, G. Guiot et P. Polouk hine (de Paris). (*La Presse médicale*, 25 décembre 1952).

Il existe une forme d'hémorragie méningée d'étiologie anévrysmale qui se termine par la mort, le tableau initial se compliquant au bout de quelques jours ou de quelques semaines, de façon plus ou moins brutale, de signes de souffrance hypothalamique ou de signes focaux d'ordre ischémique ou nécro tique. Ces formes traînantes et finalement mortelles s'accompagnent d'un spasme carotidien artériographiquement repérable. C'est la ponction lombaire qui, à l'occasion de la complication tardive, fournit les renseignements les plus intéressants. Il y a lieu de poser la question de savoir si une intervention précoce, c'est-à-dire avant la complication, ne sauverait pas la vie de tels sujets fatalement voués à la mort si on les opère après la complication.

L. R.

Intérêt de l'angiographie cérébrale comme moyen de diagnostic et de localisation des hématomes intra-craniens de l'étage sus-tentoriel, déductions thérapeutiques, par D. Petit-Dutaillis, B. Pertuiset et J. Rougerie (de Paris). (*La Presse médicale*, 14 mai 1952).

Peu de travaux ont été consacrés à l'étude angiographique des hématomes intra-craniens, les uns estimant que les manipulations nécessaires retar-

daient abusivement l'opération dans les traumatismes récents, les autres redoutant une méthode nouvelle qui, dans certaines mains, n'avait pas toujours eu l'innocuité désirable.

La technique mise au point à la clinique neurologique chirurgicale de la Pitié présente des avantages de célérité et d'innocuité qui permettent de considérer les séries en cours de publication comme très comparables à celles des auteurs nordiques, ce qui répond aux deux objections principales qui ont été faites à cette méthode.

Quant à ses avantages, ils sont très remarquables. Grâce à la connaissance exacte du siège de la lésion et de ses limites, la trépanation n'est plus un sondage et devient l'acte précis grâce auquel, dans un laps de temps le plus court possible, la lésion est découverte et traitée. Si la période préopératoire est un peu allongée, l'opération elle-même est d'autant écourtée.

Certains auteurs ont insisté sur l'intérêt de l'angiographie dans la surveillance de l'évolution d'un hématome sous-dural opéré. Sans nier la valeur d'une telle exploration, les auteurs pensent qu'elle n'est pas indispensable et que l'air introduit par l'opération suffit à suivre le comblement progressif de la cavité. L'expérience leur a en effet montré que sa disparition coïncidait avec l'effacement de la cavité. Cependant, il peut être parfois utile de confirmer ce fait par une angiographie.

L. R.

Les hématomes intra-cérébraux spontanés. (A propos de 18 observations), par Cl. Gros et J. Minvielle (de Montpellier). (*La Presse médicale*, 6 septembre 1952).

Les hématomes intra-cérébraux spontanés surviennent chez l'adulte jeune et débutent rapidement par de violentes céphalées suivies de signes de formalisation et d'une obnubilation transitoire. Des formes subaiguës et même chroniques, à rechutes successives, existent cependant. Plus tard, l'hypertension intracranienne s'accentue. Le diagnostic d'hématome doit toujours être envisagé avant cette période : le tracé électro-encéphalographique montre des signes de foyer et parfois de souffrance des formations médianes. L'image artériographique est celle d'une tumeur avasculaire. Le trocart de ventriculographie pénètre souvent dans l'hématome ou permet de l'insuffler indirectement. Diagnostic clinique de localisation presque toujours possible, notamment dans la localisation temporale (la plus fréquente), par l'hémianopsie latérale homonyme.

Ces hématomes relèvent de la neuro-chirurgie. Le nettoyage de la collection, après taille d'un volet, permet d'assurer la guérison avec un minimum de séquelles. Les caractères évolutifs, les signes végétatifs et électro-encéphalographiques permettent la discrimination avec le ramollissement cérébral et avec la grande hémorragie cérébrale dont le traitement est essentiellement différent.

L. R.

Les hémianopsies régressives des hématomes intracérébraux spontanés, par Cl. Gros, R. Cazaban et J. Minvielle. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 22 février 1952).

Trois observations d'hémianopsie latérale homonyme régressive (deux avant traitement, une après opération) chez des sujets porteurs d'hématomes

spontanés récents siégeant près du carrefour ventriculaire. Cette modalité évolutive, ainsi que la confrontation avec les autres signes cliniques et électro-encéphalographiques en foyer, prouve qu'il s'agit ici d'un trouble vasomoteur variable dans le temps. Elle extériorise des perturbations fonctionnelles fréquentes, mais habituellement latentes.

L. R.

Les hématomes intra-cérébraux traumatiques, par Daniel Ferey, A. Javalet et R. Paillard (de Rennes). (*La Presse médicale*, 4 juin 1952).

A l'occasion de huit observations personnelles recueillies en l'espace de trois ans, les auteurs distinguent : une *forme aiguë* peu ou pas chirurgicale, une *forme récente* et une *forme tardive*, toutes deux essentiellement chirurgicales.

Dans la *forme récente*, il n'y a généralement pas de fracture osseuse, par contre un intervalle libre assez long, occupé par des céphalées, des vertiges, une atteinte de l'état général ; le malade ne « se remet pas ». Si l'on attend, des signes de compression intra-cranienne apparaissent. Il faut intervenir au plus tôt.

Dans la *forme tardive*, il s'agit d'un traumatisme déjà ancien, datant souvent de plusieurs mois ; ce sont des signes d'hypertension intra-cranienne qui attirent l'attention. Souvent, ce n'est qu'à l'intervention ou par un interrogatoire minutieux qu'on retrouve la notion de l'accident et qu'on fait le diagnostic.

L'électro-encéphalographie, l'artériographie, la ventriculographie doivent être mises en œuvre pour les déceler et les localiser.

Les auteurs insistent particulièrement, au cours de l'opération, surtout dans les cas opérés précocement et devant un œdème cérébral étendu, sur la *ponction au trocart mousse de Cushing*, qui permet d'explorer le cerveau sans le léser. Cette manœuvre évite souvent de passer à côté d'un hématome intra-cérébral déjà constitué.

L. R.

Un cas d'angiome cérébral rolandique, par Brun et Audibert. (*Bull. de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Paris*, séance du 20 février 1952).

Cas d'angiome cérébral préfrontal gauche décelé par l'artériographie. Le malade présentait des crises bravais-jacksoniennes aphasiques et faciales puis brachiales depuis 1946. L'opération permit l'ablation (difficile) de l'angiome. Le malade resta ensuite hémiplégique et aphasique. La rééducation permit de retrouver l'intégrité fonctionnelle presque complète. Les auteurs soulignent la rareté des angiomes, la rareté des interventions et l'utilité de la rééducation. Le malade a repris son travail de tourneur, n'a plus de crise et parle, mais il subsiste une petite dysarthrie, surtout émotionnelle.

L. R.

THÉRAPEUTIQUE

Sur les statistiques en médecine et en thérapeutique, par Maurice Lamy. (*Bull de la Société de pédiatrie*, séance du 17 mars 1953).

A propos d'un débat récent soulevé devant la société et qui touchait à l'action de diverses thérapeutiques, M. Maurice Lamy rappelle que beaucoup de statistiques présentées par les médecins offrent prise à la critique. Trop souvent, l'efficacité d'un médicament est affirmée sans que l'on sache avec précision quelle aurait été l'évolution de la maladie en l'absence de traitement.

Pour être rigoureuse, une étude de ce genre doit être faite en trois temps. Le premier consiste à former deux groupes comparables, l'un composé de malades soumis au traitement, l'autre servant de témoin. Le second temps est constitué par le recensement des observations et l'établissement de tableaux numériques. Le troisième consiste à apprécier la valeur des différences constatées entre les deux groupes. L'auteur rappelle que des méthodes existent qui permettent de « tester » les statistiques, d'apprécier si les différences observées entre deux moyennes ou deux proportions sont dues seulement au hasard ou bien si elles sont significatives.

Faute d'avoir employé les méthodes que les statisticiens ont mis à la disposition des biologistes et des médecins, beaucoup d'enquêteurs font état de valeurs qui ne peuvent être correctement interprétées et aboutissent à des conclusions erronées.

L. R.

Notes thérapeutiques psychiatriques pour le praticien, par H. Baruk (*Le monde médical*, n° 979, janvier-février 1953, p. 199-207).

Montrant que la psychiatrie doit apparaître, « non comme une spécialité, mais comme une synthèse, la synthèse de la médecine et des sciences humaines », l'auteur indique les principes d'une thérapeutique rationnelle des affections mentales, basée sur un examen soigneux et complet. Puis il retrace les indications spéciales du traitement ; paralysie générale, schizophrénie et confusion mentale, psychoses affectives, psychose périodique, psychasthénie et obsessions, hystérie et pithiatisme, épilepsie, toxicomanies et alcoolisme, oligophrénies et arriérations sont successivement envisagés. Enfin, sont décrites les mesures légales concernant l'internement et l'hospitalisation.

V.-J. Durand.

Qu'est-ce que la psychothérapie ? par C.-G. Jung. (*Médecine et hygiène*, Genève, n° 235, 1er février 1953, p. 35-36).

Tandis que la méthode suggestive se montrait insuffisante, n'atteignant pas le noyau même du mal, l'apparition de la psychanalyse a marqué un réel progrès. Critiquant la méthode freudienne orthodoxe et la psychologie individuelle d'Adler, l'auteur montre l'intérêt de sa technique personnelle, plus économique pour le malade, lui redonnant une plus grande autonomie.

Il indique la multiplicité des connaissances nécessaires pour la formation d'un bon psychothérapeute : études médicales, psychiatriques, psychologie primitive, mythologie comparée et histoire comparée des religions. Les Facultés de médecine devraient mieux répondre aux exigences des malades pour la diffusion de l'enseignement nécessaire.

V.-J. Durand.

La psychothérapie d'ambiance et individuelle, complément des cures psychiatriques modernes. (La psicoterapia d'ambiente e individuale complemento delle cure psichiatriche moderne), par A. M. Fiamberti (de Varèse). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 41, fasc. 6, novembre-décembre 1952, p. 1220-1228).

A côté de la psychothérapie individuelle, variable d'un cas à l'autre, il devrait exister une psychothérapie d'ambiance, s'appliquant à l'établissement hospitalier dans son ensemble. Une équipe médicale comprenant de nombreux collaborateurs des diverses spécialités est indispensable pour permettre au psychiatre de se consacrer pleinement à sa tâche. C'est au clinicien qu'il appartient de faire la synthèse des données recueillies par ses différents assistants et collègues et de prendre les responsabilités convenables quant au traitement. L'expérience de l'auteur à l'hôpital psychiatrique de Varèse est un bon exemple du but à atteindre.

V.-J. Durand.

La psychothérapie des schizophrènes. A propos d'un cas clinique, aperçu général du problème, par M. Schweich (de Paris). (*L'encéphale*, tome 42, n° 1, 1953, p. 63-87).

Pour l'auteur, considérant, comme Mme Sechehaye, que la schizophrénie dérive d'une carence maternelle grave au stade primitif oral du développement affectif de l'enfant, l'élément capital de la cure est une compensation, un apport affectifs apportés par le thérapeute, jouant le rôle de substitut maternel. A propos d'une intéressante observation, sont indiqués les principes de la psychothérapie. Le thérapeute ne doit pas être neutre, mais montrer une bienveillance active, induire le transfert. Le contact somatique, la présence directe, l'aide active sont des éléments essentiels. Certains obstacles peuvent venir du milieu familial. La nécessité d'un auxiliaire thérapeute se fait sentir pour approfondir l'action du traitement. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Une nouvelle tentative de psychothérapie des délinquants juvéniles. (A new attemptin psychotherapie with juvenile delinquents), par Alice E. Buck et T. Grygier (de Londres). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 6, n° 4, octobre 1952, p. 711-724).

Des adolescents délinquants avec familles hostiles, dissociées ou troublées, ont été examinés et traités conjointement par deux thérapeutes (homme et femme). Cette méthode semble présenter divers avantages, faciliter le travail et permettre d'obtenir de meilleurs résultats.

V.-J. Durand.

Cinquante théories des thérapeutiques de choc. (Fifty Shock Therapy Theories), par le major Hirsch L. Gordon (de Stapleton, N. Y., U. S. A.). (*The Military Surgeon*, vol. 103, n° 5, novembre 1948, p. 397-401).

Les trois grandes méthodes de choc en thérapeutique psychiatrique : insuline, métrazol, électro-choc, peuvent être expliquées de façon très variable. L'auteur a retrouvé à ce sujet 50 théories sur le mécanisme d'action du traitement, dont 27 sont somatogènes et 23 psychogènes.

V.-J. Durand.

Etude clinique et symptomatologie neurologique au cours des traitements au moyen de comas hypoglycémiques prolongés, par Juan A. Seggiaro (de Cordoba, Argentine). (*L'encéphale*, tome 42, n° 1, 1953, p. 43-62).

L'auteur décrit l'état clinique et la symptomatologie des comas hypoglycémiques prolongés avec administration de solutions salines hypertoniques. Sont successivement envisagés les chiffres de la glycémie, le temps de sortie du coma, les signes neurologiques, les modalités de la température, du pouls et de la tension artérielle au cours des divers stades du coma. A celui-ci, l'auteur décrit six degrés différents de profondeur, dont les caractères différentiels sont rappelés dans un tableau.

V.-J. Durand.

Considérations anciennes et nouvelles sur le thème de l'insulinothérapie des maladies mentales. (Considerazioni vecchie e nuove in tema di insulinoterapia delle malattie mentali), par A. Neri (de Milan). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 41, fasc. 4, juillet-août 1952, p. 549-807).

Dans cette très importante étude, l'auteur décrit tout ce qui concerne la thérapeutique de Sakel en psychiatrie. A l'issue de ce travail, basé sur une riche documentation internationale, l'auteur formule diverses conclusions. Une sélection rigoureuse est nécessaire avant le traitement en s'appuyant sur des critères cliniques, biologiques, psychologiques et physiques. La dose comatogène est de 110-120 unités chez la femme, de 130-150 chez l'homme, avec des valeurs extrêmes oscillant de 15 à 2.500 unités. Le rôle du personnel médical est essentiel. Toute la phase hypoglycémique est dominée par des modifications du tonus neuro-végétatif évoluant en deux phases successives. Le métabolisme cérébral, après une accélération initiale dans le précoma, montre un ralentissement pendant le coma. De nombreuses explications peuvent être proposées au sujet du mécanisme thérapeutique. Les symptômes neurologiques, psychiques, les incidents, les altérations anatomopathologiques sont décrites soigneusement. Les résultats thérapeutiques immédiats vont d'un minimum de 23 % à un maximum de 79,5 %. Le maintien ultérieur des sorties oscille de 22,4 % à 36,6 %. Le traitement à doses précomateuses est assez efficace. Il en est de même des méthodes mixtes (association à l'électro-choc, au cardiazol, à l'acétylcholine). Nombreux tableaux. Bibliographie de 22 pages.

V.-J. Durand.

Un nouveau cas de cure de Sakel pendant une grossesse, par J. Billet, R. Lafon, B. Billet et M. Billet. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 11 juillet 1952).

Les auteurs rapportent un cas de cure de Sakel qui a pu être pratiquée, associée à des chocs cardiazoliques, pendant une grossesse. Cette observation montre la possibilité de faire les traitements biologiques pendant la grossesse, sans provoquer d'avortement, et sans que ce soit préjudiciable pour le fœtus.

L. R.

Observations préliminaires sur les traitements convulsifs et subconvulsifs par stimulation optique intermittente, par G. A. Ulet. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 10, avril 1953, p. 741).

Comme convulsivant, l'auteur a employé une solution à 5 % d'azozol (4-cyclohexyl-3-ethyl-1 : 2 : 4-triazol) par voie intraveineuse. La durée de l'injection (0,2 cc.) était en moyenne de 30 secondes. L'activation optique était faite immédiatement après l'injection et était continuée jusqu'à la fin de l'effet convulsif. Le sujet avait les yeux fermés mais rapidement on les ouvrait et on les fermait. Chez les sujets qui manifestent une appréhension pour ce traitement, on les endort en leur faisant une injection intraveineuse d'amytal sodique. En général, la stimulation optique détermine un ralentissement des ondes électroencéphalographiques avec ou sans pointes. Il semble que les dépressions psychonévrotiques répondent à ce traitement moins bien que les dépressions psychotiques et que les traitement qui produisent des crises généralisées sont plus efficaces que ceux qui ne déterminent que des crises du type subconvulsif. D'après l'auteur, cette méthode thérapeutique a comme avantage sur les chocs au métrazol de permettre une dose plus faible du convulsivant, de produire une crise plus légère et de diminuer l'appréhension du sujet. La crise ressemble davantage à un accès épileptique spontané. On a plus de certitude de produire un accès qu'avec le métrazol seul. On évite les fractures ou luxations. Ce traitement convient aux malades âgés.

L. Marchand.

De la valeur de l'électrostimulation subconvulsive dans le traitement de quelques désordres émotionnels, par E. A. A. Hargrove, A. E. Bennett et F. R. Ford. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 8, février 1953, p. 612.

Les auteurs ont traité 120 malades atteints d'anxiété et de dépression par l'électrostimulation combinée à la psychothérapie, par l'électrostimulation seule, par la psychothérapie seule.

La technique de l'électrostimulation consista en une anesthésie par le pentothal jusqu'à disparition du réflexe palpébral, l'application d'un courant de 10 à 12 milliampères réduit au bout de quinze à trente secondes au point que le malade respire d'une manière lente et régulière. Le traitement fut continué pendant toute la période pendant laquelle le pentothal supprimait la douleur, généralement pendant deux à cinq minutes.

Le traitement par l'électrostimulation seule donna de si mauvais résultats qu'il fut suspendu après essai sur 20 malades.

Parmi les sujets atteints de troubles anxieux, et traités par la psychothérapie seule, un cinquième seulement ne guérirent pas ou ne s'améliorèrent pas. Parmi ceux traités par l'électrostimulation et la psychothérapie, les deux tiers ne présentèrent aucune amélioration.

Sur 15 malades atteints de dépression, onze guérirent par la psychothérapie seule et seulement cinq sur quinze par la méthode combinée électrostimulation et psychothérapie.

En résumé, l'électrostimulation combinée avec la psychothérapie est une méthode qui peut retarder la guérison, qui sera obtenue plus rapidement et plus sûrement par la psychothérapie seule.

L. MARCHAND.

Facteurs de pronostic pour l'électrochocthérapie, par R. F. HOBSON. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 16, n° 4, novembre 1953, p. 275).

Les recherches, qui ont porté sur 127 cas, ont eu pour but de préciser les indications de la thérapeutique convulsive au moyen de statistiques concernant les symptômes cliniques en rapport avec les résultats obtenus par ce traitement. Comme éléments favorables, on note en première ligne le début rapide de l'affection sous l'influence de facteurs exogènes, un bon jugement concernant le sentiment que l'on est malade ; en deuxième ligne : une personnalité obsessionnelle ; en troisième ligne : une sous-estimation de soi-même, une durée de la maladie de moins d'un an, une difficulté de penser et d'agir. Les éléments de mauvais pronostic sont l'hypocondrie, la dépersonnalisation, la mobilité émotionnelle, les tendances névrotiques, l'attitude hystérique, une intelligence au-dessus de la moyenne, une évolution indécise de la maladie. Les antécédents familiaux, l'âge, les maladies antérieures n'ont qu'une signification douteuse. Cependant, la constatation de schizophrénie ou d'excentricité parmi les parents des malades, le début de la maladie à un âge avancé sont de mauvais pronostic. Ces indications générales concernant le pronostic des cas traités par électrochocs peuvent s'appliquer également aux affections mentales qui ne sont pas soumises à une thérapeutique convulsive.

L. MARCHAND.

Variations de la résistance capillaire au cours des thérapeutiques psychiatriques, par J. THUILLIER et B. RÉFRÉGIER. (*Bull. de la Société de biologie*, séance du 14 février 1953).

L'électro-choc entraîne, dans les deux minutes qui suivent les convulsions, une augmentation considérable de la résistance capillaire (74 %). L'insuline, pendant la cure de Sakel, provoque un effondrement de la résistance capillaire (39 %). Les chiffres de la résistance capillaire au cours de ces deux thérapeutiques paraissent varier parallèlement à la glycémie.

L. R.

Comparaison entre la stimulation électrique non convulsive par courant continu, l'électrochoc par courant alternatif (méthode de Cerletti) et le pentothal dans la schizophrénie chronique, par D. H. Miller, J. J. Clancy et E Cumming. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 8, février 1953, p. 617).

Les recherches ont porté sur 30 malades hospitalisés depuis plus de dix ans, divisés en trois groupes de dix. Un groupe a été soumis à l'électrochocthérapie, un autre au pentothal seul, le troisième au pentothal suivi de la stimulation électrique non convulsive par courant continu. On ne nota aucune différence importante dans les résultats obtenus avec les trois types de traitement. L'électrochocthérapie fut la méthode la plus difficile à appliquer à cause de l'appréhension montrée par les malades. Le rôle joué par le personnel et par le milieu dans lequel vivait le malade a eu une plus grande importance pour obtenir une amélioration sociale des sujets. Plusieurs malades qui étaient gâteux devinrent propres. A noter que la modification de l'état psychotique la plus nette due aux traitements fut l'apparition d'hallucinations à la fin de l'expérience. Les auteurs attribuent cette modification au fait que les sujets participent davantage au monde réel.

L. Marchand.

Du traitement des malades tuberculeux par l'électrochothérapie, par J. H. McClellan et A, Schwartz. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 12, juin 1953, p 899).

Les auteurs ont traité 23 malades mentaux atteints de tuberculose avancée et leur état psychique s'est amélioré considérablement. Non seulement la tuberculose ne fut pas aggravée par une électrochocthérapie prolongée, mais elle a été nettement améliorée.

L. Marchand.

Fracture de l'omoplate durant l'électrochocthérapie, par J. R. Ramin et H. Veit. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 2, août 1953, p. 153)

On note en moyenne deux fractures de différentes sortes sur mille électrochocs. Les fractures de l'omoplate sont rares. Les auteurs en rapportent deux cas. Dans le premier, la fracture se produisit au cours du septième électro-choc et intéressait l'apophyse caracoïde droite. Dans le deuxième, la fracture qui eut lieu au cours du dixième électro-choc occupait le bord latéral de l'omoplate gauche, s'étendant à quelques centimètres sous la cavité glénoïde. Chez les deux sujets on entendit, au début des convulsions, un bruit sec « de petite branche cassée ».

L. Marchand.

Méthodes et résultats de l'électrochocthérapie pendant la curarisation complète, par J. S. Gottlieb, M. D. et L E. Morris. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 10, avril 1953, p. 735).

Six malades déjà âgés, atteints d'ostéoporose grave de la colonne vertébrale et présentant d'autres troubles physiques, ont été traités par l'électro-

chocthérapie pendant qu'ils étaient soumis à une complète curarisation. Cette méthode permit l'emploi des électrochocs sans crainte de produire d'autres lésions du squelette altéré et elle fut étendue à d'autres sujets qui n'auraient pu subir ce traitement.

L. Marchand.

L'action « centrale » des curariques. Preuves et perspectives dans le domaine psychiatrique. (L'azione « centrale » dei curarici. Prova e prospettive in campo psichiatrico), par Guiseppe Zanetti (de Trévise). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 41, fasc. 5, septembre-octobre 1952, p. 953-974).

L'emploi d'un curarique naturel et d'un autre synthétique a été fait dans des états d'agitation, chez des déprimés anxieux, des maniaques, des schizophrènes, des phrénasthéniques. Des résultats favorables ont été observés dans la dysthymie et les composantes dysthymiques de la schizophrénie et de la phrénasthénie. Il y a eu, au contraire, échec dans les composantes confusionnelles. L'action pharmacologique notée pour des doses relativement basses concorderait avec la méiopagie mésencéphalo-diencéphalique et serait une nouvelle preuve de l'existence de l'activité centrale des curariques. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Sur l'utilisation du curare dans les maladies nerveuses avec contracture permanente. (Sulla utilizzazione del curaro nelle malattie nervose con contrattura permanente), par Angelo Della Beffa (de Milan). (*Il cervello*, 28 année, n° 6, 15 novembre 1952, p. 385-408).

A la suite d'une étude portant sur l'action du curare dans les syndromes hypertoniques, l'auteur préconise son emploi en neurologie, dans les syndromes pyramidaux avec spasmes musculaires et, particulièrement, dans les paraplégies en flexion. Ce médicament peut réduire les mouvements involontaires par réflexes d'automatisme médullaire, faciliter le traitement des escarres de décubitus, permettre une mobilisation active et une physiothérapie adéquate. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Le seuil épileptique dans la schizophrénie. (The epileptic threshold in schizophrenia), par J. Hoenig et D. M. Leiberman (de Londres). (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, Londres, vol. 16, n° 1, février 1953, p. 30-34).

304 schizophrènes soignés par la méthode de Sakel ont été examinés en ce qui concerne l'activité épileptique. On compte les jours où des manifestations comitiales surviennent pendant le traitement et on fait le pourcentage avec le nombre total de journées de cure. La moyenne est nettement plus élevée dans le groupe des malades améliorés et guéris que dans celui de ceux demeurés inchangés. L'abaissement du seuil épileptique est un signe pronostique favorable.

V.-J. Durand.

Sur le traitement de l'épilepsie avec le 3. méthyl 5. 5. phényléthyl hydantoïne. (Sul trattamento dell' epilessia con 3 metil 5. 5. fenil-etilidantoina), par A. Donati et L. Bernardi (de Milan). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 41, fasc. 6, novembre décembre 1952, p. 1171-1182).

Les auteurs rapportent les résultats obtenus par un nouveau médicament de la série hydantoïnique chez 52 épileptiques traitées sans succès marqué auparavant par les barbituriques ou une association barbituriques-diphényl-hydantoïne. Dans 13,96 % des cas de grand mal, le nouveau produit se montra moins efficace, dans 11,63 % il n'y eut aucune modification dans la fréquence des crises. Pour les 74,41 % restants, on eut une réduction de 45,9 %. Il s'agit d'un médicament utile à employer au commencement à petites doses, en surveillant régulièrement la formule sanguine et en particulier les leucocytes. Bibliographie.

V.-J. Durand.

L'encéphalographie gazeuse dans le traitement de l'épilepsie, par J. Sterne (de Casablanca). (*Maroc médical*, 32e année, n° 332, janvier 1953 p. 22-24).

L'encéphalographie gazeuse est un procédé simple et inoffensif en dehors de toute hypertension intracranienne et de toute artériosclérose cérébrale. Si l'intérêt diagnostique est souvent minime dans l'épilepsie, la valeur thérapeutique est grande. Il y a presque toujours suppression complète ou atténuation des crises, amélioration des troubles du caractère. Les désordres neurologiques éventuels sont, par contre, moins bénéficiaires du traitement. Ce dernier mérite de jouer un rôle important en psychiatrie.

V.-J. Durand.

A propos de l'introduction de gluconate de calcium par voie sous-occipitale. (A proposito dell' introduzione di gluconato di calcio per via sottoccipitale), par E. M. Rizzo (de Venise). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 41, fasc. 16, novembre-décembre 1952, p. 1193-1200).

Chez deux épileptiques avec grave état d'excitation, l'auteur a employé la technique de Stern : introduction par voie sous-occipitale de gluconate de calcium. Des accidents sérieux furent observés : bradycardie, hypotension, bradypnée et respiration irrégulière, pâleur, cyanose, sudation, myosis, hypothermie, coma, hypoglycémie, légère élévation de l'azotémie, réaction méningée, oligurie. Le deuxième cas fut mortel. La cause des troubles est discutée.

V.-J. Durand.

Remarques sur la pharmacologie du lithium, par H. Habant, N. Duc, Caron et H. Maurel. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 12 décembre 1952).

Les auteurs étudient l'effet de l'administration de carbonate de lithium sur l'uricémie, la kaliémie et la natrémie, concluant à l'absence de modifications significatives, et signalent son mode d'emploi en thérapeutique psychiatri-

que. Des accidents toxiques ont été fréquemment observés, tels que troubles digestifs, tremblements, ataxie, signes mineurs d'irritation pyramidale, états d'inertie motrice avec hypotonie, troubles de la crase sanguine, mort par collapsus cardio-vasculaire chez une malade atteinte de malformations vésiculaires et rénales.

L. R.

Traitement des états d'excitation psycho-motrice par le carbonate de lithium, par R. Lafon, N. Duc et H. Maurel. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 12 décembre 1952).

Les auteurs ont utilisé le carbonate, sel très concentré en lithium, aux doses élevées de 2 à 3 g. par jour, et obtenu par ce moyen une sédation rapide de l'agitation psycho-motrice, dans des cas de manie et de schizophrénie. L'efficacité du médicament leur a paru aller de pair avec l'intensité des manifestations toxiques et, en particulier, neurologiques. L'amélioration est transitoire ; d'où la nécessité d'une cure d'entretien. Les échecs paraissent dus à l'insuffisance des doses.

L. R.

Le traitement des états maniaques par les sels de lithium, par A. Plichet. (*La Presse médicale*, 5 juin 1954).

Après un rappel des travaux antérieurs, des résultats obtenus et des troubles toxiques observés aux hautes doses parfois employées, l'auteur se demande quelle est la place de ce traitement dans la thérapeutique des maladies mentales. Il conclut qu'il ne saurait remplacer la convulsivothérapie dans tous les cas d'excitation maniaque et qu'il est à proscrire dans les états dépressifs. S'il peut, quand la convulsivothérapie semble avoir épuisé son action, lui redonner de l'efficacité, il peut aussi être une médication d'appoint ou, à doses modérées quotidiennes, prolonger l'amélioration obtenue par la convulsivothérapie (à la manière des barbituriques dans l'épilepsie), mais une expérimentation plus poussée est nécessaire pour pouvoir juger de sa valeur et une étude approfondie des réactions de l'organisme pour le mettre à l'abri de l'intoxication irréversible.

L. R.

Appréciation critique du traitement des désordres mentaux par le mélange acide carbonique et oxygène, par A. Frank. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 2, août 1953, p. 93).

D'après 238 cas relevés dans la littérature et traités par le mélange acide carbonique et oxygène, les bons résultats obtenus sont de 61 %. Les pourcentages les plus élevés concernent les troubles psychophysiologiques (83 %), les plus bas le bégaiement (46 %). Ce traitement n'a qu'une bien faible valeur dans le traitement des psychoses, des états obsessionnels-impulsifs, dans les réactions hypocondriaques. Il est un utile adjuvant de la psychothérapie, favorisant une rapide libération des souvenirs et des phénomènes affectifs réprimés. Il n'entraîne aucune complication, mais comme il s'agit

d'un traitement dangereux, il ne doit être appliqué que par des psychiatres spécialisés, aidés par un personnel entraîné. Chez les sujets hostiles à la psychothérapie, il peut avoir une certaine influence en les décidant à coopérer plus intimement avec le médecin. Le principal inconvénient de ce traitement consiste en l'anxiété qu'il provoque et qui, souvent, est une cause de sa suspension. Son mode d'action est inconnu.

L. MARCHAND.

Traitement d'une anorexie mentale par l'isoniazide, par Jean WEILL, Mme J. BERNFELD, Ph. PAUMELLE et Mlle JOSSLOW. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 22 mai 1953).

Traitement par l'isoniazide d'une anorexie mentale déclenchée chez une jeune fille de tendances schizoïdes par un conflit familial. Au cours de l'isolement hospitalier, action du médicament sur la courbe des poids vérifiée par comparaison avec les périodes où était substituée une substance inerte. Rechute après la sortie et l'arrêt de toute thérapeutique. En milieu familial, l'isoniazide seule a constitué un traitement ambulatoire remarquable des troubles de la faim et du comportement (administration préalable d'une substance inerte pour éliminer le rôle de la suggestion).

Les auteurs suggèrent un mécanisme d'action direct du médicament sur les noyaux hypothalamiques régulateurs de la faim et de l'humeur.

L. R.

Les accidents provoqués par les dérivés de l'acide isonicotinique, par P. RENTCHNICK (*Médecine et hygiène*, Genève, n° 236, 15 février 1953, p. 53-54).

Plus fréquents et plus importants, cliniquement, avec l'iproniazide qu'avec l'isoniazide, les accidents toxiques peuvent toucher le système nerveux central et périphérique (hyperréflexie, céphalées, polynévrites, troubles de la miction, etc...), les fonctions psychiques (avec surtout syndrome de confusion mentale), la formule sanguine, la crase sanguine, la glycémie (abaissement). D'autre part, on a pu observer des signes d'avitaminoses (pellagre, avitaminose B2), des troubles au moment de l'arrêt du traitement (syndrome de sevrage), des ictères. L'auteur indique la conduite à tenir en présence de ces accidents : interruption de la thérapeutique avec ou sans reprise ultérieure, recherche de réactions de sensibilisation, association de cortisone.

V.-J. DURAND.

Les dérivés hydrazinés de l'acide isonicotinique et la méningite tuberculeuse, par N.-I. SPYROPOULOS, I.-D. MAROUDAS et G. BECHRAKIS. (*La Presse médicale*, 28 mars 1953).

Les auteurs étudient l'action des dérivés hydrazinés dans cinq cas de méningite tuberculeuse. Ils emploient 10 mgr. *per os* de dérivés d'hydrazine par kilogramme de poids pour une ou deux dizaines de jours et 7 mgr. par jour pendant un mois, puis 5 mgr. par jour pendant deux mois. Les phénomènes cliniques de la maladie régressent à partir des dix premiers jours. L'albumine du liquide céphalo-rachidien augmente pendant la durée des

premier et second mois du traitement, puis régresse. La vitesse de sédimentation ne correspond pas à la gravité de la maladie. Les auteurs concluent que ce traitement, non toxique, est supérieur à la streptomycinothérapie.

L. R.

Résultats thérapeutiques obtenus par l'association d'hydrazide isonicotinique à la cure mixte : streptomycine antigène méthylique dans la méningite tuberculeuse de l'enfant et de l'adolescent, par M.-A. Raybaud (de Marseille). (*Bull. de la Société française de thérapeutique et de pharmacodynamie*, séance du 17 décembre 1952).

L'auteur, rappelant ses travaux antérieurs sur l'intérêt d'associer aux bactériostatiques, dans le traitement de la méningite tuberculeuse, un médicament renforçant la résistance du terrain (antigène méthylique), propose d'ajouter à ce couple thérapeutique, l'hydrazide isonicotinique, qui paraît devoir à la fois renforcer la lutte directe contre le bacille tuberculeux et potentialiser les défenses de l'organisme. Sur cinq cas traités, l'auteur a obtenu cinq guérisons.

L. R.

Deux cas de méningite à bacille pyocyanique (Pseudomonas Aeruginosa). Efficacité del'aérosporine (Polymyxine B.), par M. Janbon, P. Passouant, L. Bertrand, J. Salvaing et J. Roux. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 27 février 1953).

Deux observations de méningite suppurée à pseudomonas aeruginosa, la première consécutive à une rachianesthésie, la seconde à une intervention neuro-chirurgicale sur la fosse postérieure. Dans les deux cas, le germe isolé était électivement sensible à l'aérosporine ; cet antibiotique introduit exclusivement par voie rachidienne (5 mg. par injection quotidienne) stérilisa rapidement le liquide céphalo-rachidien et détermina la guérison. Dans le groupe des méningites à bases pyocyaniques, les infections à pseudomonas aeruginosa se distinguent, par leur facile guérison par l'aérosporine, de celles à pseudomonas fluorescens dont quatre cas rebelles ont été récemment rapportés par les auteurs.

L. R.

Méningite à méningocoques avec purpura. Guérison par les antibiotiques et la cortisone, par André Corcos, S. Mokaddem, A. Sta M'Rad, S. Abitbol et Mme Zarca-Corcos. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 17 mars 1953).

Observation d'un enfant de 11 ans ayant présenté un tableau de purpura fulminans avec coma et collapsus pouvant faire craindre une issue fatale à brève échéance. Il s'agissait d'une méningite à méningocoques. La guérison fut obtenue par les antibiotiques et la cortisone. Les auteurs soulignent l'intérêt de cette dernière, surtout en présence d'un purpura fulminans.

L. R.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule *séance*. Cette séance aura lieu le *lundi 12 juillet 1954*, à 15 heures 30 *très précises*, à l'amphithéâtre de la Clinique de la Faculté, Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement).

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'*août* ni pendant le mois de *septembre*.

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 octobre 1954*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 8 novembre 1954*, à 10 heures *très précises*, à l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 novembre 1954*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

L'Assemblée générale et la *séance ordinaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société médico-psychologique auront lieu le *lundi 20 décembre 1954*, à 10 heures *très précises*, à l'amphithéâtre de la Clinique de la Faculté, Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement).

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Concours du médicat des hôpitaux psychiatriques (9 juin 1954)

COMPOSITION DU JURY

Président : M. l'Inspecteur général CAYLA ; *membres :* M. le professeur agrégé H. BARUK, M. le professeur R. LAFON, MM. les Drs M. CARBILLET, Ch. CHANÈS, P. GISCARD, L. FOUKS, M. LECONTE.

M. le Dr R. HAZEMANN, médecin-directeur départemental de la santé (Seine), représentait le directeur de l'hygiène sociale ; Mlle KAHN, administrateur civil, représentait le directeur du personnel et du budget.

Questions posées au concours

Anatomie et physiologie : *IV^e^ ventricule.*

Questions restées dans l'urne : Axe gris de la moelle. — Anatomie et physiologie des voies optiques sans la rétine.

Pathologie mentale : *Les syndromes de stupeur. Signes cliniques et diagnostic.*

Questions restées dans l'urne : Formes cliniques des états d'excitation. — Etude clinique et médico-légale des réactions antisociales des accidents aigus de l'alcoolisme chronique.

Pathologie médicale et hygiène : *Les escarres dans les maladies nerveuses et mentales. Signes cliniques. Prophylaxie et traitement.*

Questions restées dans l'urne : Infarctus du myocarde. Signes. Diagnostic. Traitement. — L'épilepsie convulsivante de l'adulte et de l'enfant.

Administration : *Rapports du médecin-directeur et du médecin-chef des hôpitaux psychiatriques avec l'autorité de tutelle.*

Questions restées dans l'urne : Relations avec l'extérieur des malades placés sous le régime de la loi du 30 juin 1838. — Les formalités d'entrée dans les établissements régis par la loi de 1838 et dans les services libres.

68 candidats s'étaient fait inscrire.

Après ces épreuves et les épreuves cliniques, ont été proposés, pour remplir les fonctions de médecin-chef des hôpitaux psychiatriques :

MM. 1. Maurel (H.), 2. Guigen (M.), 3. *ex-æquo,* Guibert (L.) et Launay (Cl.), 5. Fernandez (A.), 6. Blanc (Cl.), 7. Mme Lairy-Bounes (G.), MM. 8. Gérardin (J.-R.), 9. *ex-æquo,* Bécache, Benda (Ph.) et Mlle Saucet (D.), MM. 12. Lalisse (A.), 13. Pougetoux (J.), 14. Henné (M.), 15. Bonnet (D.), 16. Roland (J.), 17. Echenoz, 18. *ex-æquo,* G. de Baudoin et Torubia, 20. Martinat, 21. *ex-æquo.* Mlle Haguenauer (G.) et M. Raynaut, 23. Mme Monnerot, 24. M. Schmidt (P.).

SOCIÉTÉS

Sociedad Argentina de Criminologia de Buenos Aires

Le Bureau de la « Sociedad Argentina de Criminologia » pour 1954-1955 est ainsi constitué :

Président : M. Osvaldo Loudet.

Vice-Présidents : MM. José María Paz Anchorena et Ernesto-J. Ure.

Secrétaire : M. Domingo A. Cabred.

Trésorier : M. Amleto Donadío.

Conseil d'administration : MM. Lucio V. López, Juan M. Obarrio, Juan Silva Riestra, Eduardo Tolosa Castro et J. M. Viancarlos.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René Charpentier.

Masson et C^ie^ Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1954 (2^e^ trimestre). — Numéro d'ordre : 1.706
Cahors, Imp. A. Coueslant (*personnel intéressé*). — 86.303. — 1954.
C.O.A.L. 31.2330.